

**RIESGO DE PADECER  
TRASTORNOS ALIMENTARIOS  
EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO  
DE TRASTORNO DE PERSONALIDAD**

▲ 2018  
UNIVERSIDAD FASTA



Lic. Lisandra Viglione (*Tutora*)

Lic. Facundo Arrojo (*Cotutor*)

Dra. Mg. Vivian Minaard

*Asesoramiento Metodológico*

**SOFÍA DE LA O**

—

*Licenciatura en  
Nutrición*



*Hay en el mundo un lenguaje que todos comprenden:  
Es el lenguaje del entusiasmo, de las cosas hechas  
con amor y con voluntad, en busca de aquello  
que se desea o en lo que se cree.*

Paulo Coelho

A mis padres, por el apoyo incondicional,  
porque lo maravilloso de alcanzar los sueños  
es comprobar que siempre hay alguien  
dispuesto a ayudarte a conseguirlo.

## AGRADECIMIENTOS

A mis padres, quienes me apoyaron en cada decisión y me enseñaron que todo esfuerzo conlleva una gran satisfacción. Por darme la posibilidad de estudiar esta hermosa carrera y por sobre todas las cosas, creer en mí.

A mis hermanos, que cerca o lejos, los tengo en mis pensamientos y en mi corazón, siempre.

A mi compañero de vida, por la paciencia y el amor infinito. Sos la incondicionalidad que me regaló el destino.

A mis abuelos, presentes en cada paso que doy.

Al resto de mi familia, que me apoyó y vivió estos años conmigo.

A mis amigas de siempre.

A mis amigas y compañeras de estudio, quienes me acompañaron durante toda de la carrera, por tantos mates y alegrías compartidas.

A toda la comunidad de la Universidad FASTA, que me acompañó en todo el trayecto, y me brindó las herramientas para poder desarrollarme como futura profesional.

A mi asesora metodológica, la Dra. Mg. Vivian Minnaard por guiarme y asesorarme en la realización de mi trabajo.

A mi tutora, la Lic. Lisandra Viglione, por dedicarme su tiempo y acompañarme en todo el proceso.

A mi cotutor, el Lic. Facundo Arrojo, por brindarme su conocimiento.

A la Clínica, por abrirme sus puertas y permitirme realizar este estudio con sus pacientes, A todo el personal, por el afecto manifestado que hizo de esta labor un momento mucho más gratificante.

A todas aquellas personas que colaboraron con la tesis de alguna forma y hoy forman parte de este logro.

¡Muchas Gracias a todos!

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) constituyen un problema de Salud Pública por su prevalencia, creciente incidencia, gravedad, curso clínico prolongado, tendencia a la cronicidad, necesidad de tratamiento especializado y frecuente hospitalización. Recientes investigaciones revelan que los TCA son influenciados en gran medida por ciertos rasgos de personalidad, los cuales se consideran determinantes para el origen, el desarrollo y el pronóstico del padecimiento.

**Objetivos:** Evaluar el riesgo de padecer trastornos alimentarios; patrones de consumo, estado nutricional y perfil sociodemográfico; en pacientes con diagnóstico de trastorno de la personalidad que asisten a consultorios externos de una Clínica Psiquiátrica, de la ciudad de Necochea, durante el período de octubre de 2018.

**Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo de corte trasversal. La muestra, de carácter no probabilística por conveniencia, se conformó de 20 pacientes con Trastorno de Personalidad (TP). Para la recolección de datos, se utilizó una ficha, con datos obtenidos de la revisión de la historia clínica; datos antropométricos mediante la medición del peso, talla, circunferencia de cintura y pliegues cutáneos; y se realizó un test de actitudes alimentarias; entrevista con preguntas sobre patrones alimentarios y frecuencia de consumo.

**Resultados:** El 30% de la muestra presentó Mediano y Alto riesgo de desarrollar un TCA, en su mayoría mujeres. Esta situación se explica al considerar que los TCA tienen una prevalencia más alta en esta población. A su vez, pacientes con un estado nutricional fuera de los parámetros normales, presentaron algún riesgo de desarrollar un TCA al igual que aquellos con diagnóstico de TP Esquizoide-Paranoide, Paranoide e Histriónico. Esto refleja la marcada comorbilidad entre los TP y TCA, los cuáles no suelen aparecer de manera aislada, sino que se asocian con otras patologías, siendo los diagnósticos más comunes, depresión, trastornos de ansiedad, alteración de la personalidad y abuso de sustancias.

**Conclusión:** Se destaca el hallazgo de una prevalencia de riesgo de desarrollar un TCA en un 30% de pacientes con diagnóstico de TP. Se debe destacar la importancia del Lic. en Nutrición en la valoración de las necesidades nutricionales y en el asesoramiento nutricional integral del paciente. Es indispensable conocer que los TCA pueden presentarse como alteraciones conductuales propias de los TP y es preciso realizar investigaciones dirigidas a identificar factores de riesgo y protección asociados al desarrollo y mantenimiento de los TCA en poblaciones más amplias y avanzar en estrategias oportunas para su detección, intervención y tratamiento.

**Palabras claves:** Trastornos de Personalidad – Trastornos de la Conducta Alimentaria – Estado Nutricional – Patrones de Consumo.

Eating disorders (ED) constitute a public health problem due to prevalence, incidence, severity, prolonged clinical course, tendency to chronicity, need for specialized treatment and frequent hospitalization. Recent research reveals that TCA are influenced to a large extent by personality terms, which are considered determinants for the origin, development and prognosis of the condition.

**Objectives:** To assess the risk of suffering from eating disorders; patterns of consumption, nutritional status and socio-demographic profile; in patients with a diagnosis of personality disorder who attend outpatient clinics of a Psychiatric Clinic, in the city of Necochea, during the period of October 2018.

**Materials and Methods:** Descriptive study of cross section. The sample, of a non-probabilistic nature for convenience, was made up of 20 patients with Personality Disorder (PD). For data collection, a file was used, with data obtained from the review of the clinical history; anthropometric data by measuring weight, height, waist circumference and skinfolds; and a food attitudes test was carried out; interview with questions about eating patterns and frequency of consumption.

**Results:** 30% of the sample presented Medium and High risk of developing an ACT, mostly women. This situation is explained by the fact that eating disorders have a higher prevalence in women. In turn, patients with a nutritional status outside of normal parameters presented some risk of developing an eating disorder, as did those diagnosed with Schizoid-Paranoid, Paranoid and Histrionic TP. This reflects the marked comorbidity between PTs and TCAs, which usually do not appear in isolation, but are associated with other pathologies, being the most common diagnoses, depression, anxiety disorders, personality disorder and substance abuse.

**Conclusion:** The finding of a prevalence of risk of developing an eating disorder in 30% of patients with a diagnosis of PD stands out. The importance of the Lic. In Nutrition in the assessment of the nutritional needs and in the integral nutritional advice of the patient should be highlighted. It is essential to know that TCAs can present as behavioral alterations typical of PD and it is necessary to conduct research aimed at identifying risk and protection factors associated with the development and maintenance of eating disorders in broader populations and advance in timely strategies for their detection, intervention and treatment.

**Key Words:** Personality Disorders - Eating Disorders - Nutritional Status - Consuming patterns.

<b>Introducción .....</b>	<b>1</b>
<b>Capítulo 1</b>	
<i>Trastornos de la Conducta Alimentaria y Estado Nutricional.....</i>	<b>7</b>
<b>Capítulo 2</b>	
<i>Trastornos de la Personalidad .....</i>	<b>32</b>
<b>Diseño Metodológico.....</b>	<b>44</b>
<b>Análisis de Datos.....</b>	<b>65</b>
<b>Conclusión.....</b>	<b>97</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>103</b>



# INTRO DUC CIÓN

▲ 2018  
UNIVERSIDAD  
FASTA

SOFÍA DE LA O

—

*Licenciatura en  
Nutrición*

Actualmente, desde el punto de vista nutricional, se destacan dos hechos cruciales que definen a la sociedad de consumo: la amplia oferta de alimentos y la disminución del tiempo y de las capacidades para realizar una elección correcta. Debido a esta realidad las personas buscan generar nuevas alternativas de alimentación. Ha surgido así una preocupación exagerada por el control del peso y una necesidad de modificar la dieta. Este nuevo patrón alimentario suele provocar conductas inadecuadas generando trastornos alimentarios (Gili, Otero, Sandoval, Ascaino, Leal, Olmedo & Viglione, 2015).<sup>1</sup>

Las alteraciones de la conducta alimentaria constituyen uno de los problemas psiquiátricos de mayor prevalencia, con un importante impacto en la salud pública. (Méndez, Vázquez-Velázquez & García-García, 2008).<sup>2</sup>

Son difíciles de tratar y perjudiciales para la salud y la nutrición, predispone los individuos a la desnutrición o a la obesidad y se asocian con baja calidad de vida, altas tasas de comorbilidad psicosocial y mortalidad prematura (Portela de Santana, da Costa Ribeiro Junior, Mora Giral y Raich, 2012).<sup>3</sup>

Dado el carácter de problema de salud mental pública de los TCA es importante contar con instrumentos adecuados para su detección, con fines tanto clínicos como epidemiológicos. En la investigación acerca de los TCA se han empleado diferentes cuestionarios autoaplicables, de los cuales los más utilizados son el Eating Attitudes Test (EAT) y el Eating Disorders Inventory (EDI) (Unikel-Santoncini, Bojórquez-Chapela y Carreño-García, 2004).<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> Esta investigación tiene como propósito incursionar sobre el riesgo de padecer TCA en estudiantes de Nutrición de cinco universidades argentinas. La importancia de estos datos radica en que son necesarios para aplicar medidas relacionadas con el tema a fin de que dichos profesionales posean patrones normales en su conducta alimentaria para ejercer un desarrollo ético de la profesión.

<sup>2</sup> Según los autores, en algunos casos, el peso y las conductas alimentarias pueden cambiar en sus expresiones en el mismo individuo. Algunas adolescentes que presentan obesidad importante desarrollan conductas alimentarias purgativas severas, con lo que logran perder peso, desarrollando un cuadro clínico en todo compatible con bulimia nerviosa.

<sup>3</sup> El objetivo del trabajo es, abordar temas actuales y relevantes acerca de la prevalencia, la incidencia y los factores de riesgo de anorexia y bulimia nerviosa en la adolescencia.

<sup>4</sup> El cuestionario autoaplicable se probó en una muestra de 78 pacientes mujeres con diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria, de acuerdo con los criterios del DSM-IV,<sup>3</sup> que acudieron por primera vez a la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, de México (INP), en el periodo septiembre-diciembre de 2002.

Raich (2004)<sup>5</sup> afirma

*“En una sociedad que glorifica la belleza, la juventud y la salud no es extraño que aumente la preocupación por la apariencia física. De hecho, se gastan millones cada año para mejorar el aspecto físico. Uno de los negocios más lucrativos es el que hace referencia a la mejora del aspecto físico. Pero la preocupación exagerada puede llegar a ser altamente perturbadora e incluso incapacitante para mucha gente”.*

La personalidad es la suma total de las características mentales, emocionales, sociales y físicas de un individuo: es la forma de reaccionar ante los demás, de comunicarse, de pensar y de comunicar las emociones. Un trastorno de personalidad es un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Se inicia en la adolescencia o al principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y provoca malestar o perjuicios para el sujeto. Los rasgos se tornan inflexibles e impiden que el individuo pueda adaptarse al medio, lo que causa un deterioro y un malestar significativos en su vida. Las personas con trastornos de la personalidad se apartan considerablemente de las expectativas de su entorno, con lo que queda en evidencia su incapacidad para integrar los aspectos cognoscitivos, afectivos o interpersonales, que son vitales para una buena adaptación (Macias, Unikel, Cruz & Caballero, 2003).<sup>6</sup>

Los trastornos de la conducta alimentaria se entienden como alteraciones específicas y severas en la ingesta de los alimentos, observadas en personas que presentan patrones distorsionados en el acto de comer y que se caracterizan, bien sea por comer en exceso o por dejar de hacerlo; lo anterior en respuesta a un impulso psíquico y no por una necesidad metabólica o biológica (Mendez et al.,2008).<sup>7</sup>

---

<sup>5</sup> En este trabajo se describen algunas definiciones y el concepto de imagen corporal y las preocupaciones exageradas acerca de sí mismo que pueden llegar a constituir el trastorno dismórfico. Se analizan las características clínicas de este trastorno, así como las quejas que sobre la apariencia son más frecuentes.

<sup>6</sup> El objetivo de este trabajo es describir las características de la personalidad que pudieran condicionar la conducta alimentaria y su comorbilidad con otros padecimientos psiquiátricos.

<sup>7</sup> Este grupo de enfermedades es complejo y engloba a una serie de entidades patológicas que, aunque comparten ciertos atributos, varían enormemente en cuanto a sus expresiones físicas, psicológicas y conductuales.

La principal característica de los trastornos alimentarios radica en el trastorno de la imagen corporal, el cual comprende aspectos perceptivos, cognitivos y conductuales. Los individuos que poseen este tipo de trastorno ponen mucho énfasis en el defecto de su apariencia, colocándolo en primer lugar respecto a su jerarquía de valores personales y devaluando su apariencia intensamente (Raich, 2004).<sup>8</sup>

De acuerdo con Echeburúa & Marañón (2001)<sup>9</sup> en general, la comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de personalidad es muy alta: puede oscilar del 20% al 80% de los casos. Esta frecuente comorbilidad entre ambos trastornos hace más difícil la detección temprana del problema, dificulta el tratamiento y ensombrece el pronóstico terapéutico.

No puede dejarse de lado la importancia que tienen la fisiología y la influencia del medio en el ser humano. Estudios recientes han demostrado que los neurotransmisores cumplen un papel muy importante en la regulación del hambre y la saciedad, sobre todo en las vías de la serotonina y la noradrenalina, lo que contribuye a la expresión de conductas alimentarias específicas. Ejemplo de una disfunción en estas vías pueden ser los factores biológicos que indiquen la vulnerabilidad a desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria (Macías et al., 2003).<sup>10</sup>

Existen varias definiciones sobre el concepto de Imagen Corporal, la más clásica se le atribuye a Schilder<sup>11</sup>, que la describe como la representación mental del cuerpo que cada individuo construye en su mente. Desde un punto de vista neurológico, la Imagen Corporal,

---

<sup>8</sup> Rosa María Raich Escursell, catedrática de Intervención Psicológica de la Facultad de Psicología de la Universitat Autònoma de Barcelona y directora del Grupo Consolidado de Investigación e investigadora principal de diversos proyectos de investigación sobre prevención de trastornos alimentarios en adolescentes. Ha dedicado más de veinte años al estudio de dichos trastornos así como al de la evolución del comportamiento alimentario normativo al patológico. Además, es autora de nueve libros, entre ellos, Imagen corporal y autoestima, y de más de ciento cuarenta publicaciones científicas, la mayoría de éstas acerca de los trastornos del comportamiento alimentario.

<sup>9</sup> En este artículo se presenta una revisión sobre la comorbilidad entre las alteraciones de la conducta alimentaria y los trastornos de personalidad. Los trastornos de personalidad ensombrecen el pronóstico terapéutico de la anorexia y de la bulimia nerviosa.

<sup>10</sup> En conclusión, se encontró un alto porcentaje de factores de riesgo de la personalidad para desarrollar anorexia nervosa o bulimia nervosa; algunos de éstos se relacionan con otros trastornos psiquiátricos. Los factores que incrementan la probabilidad de conductas impulsivas parecen tener más influencia en el caso de la bulimia nervosa que en el de la anorexia nervosa. El perfeccionismo y la autoevaluación negativa parecen ser una característica particular como antecedente para ambos trastornos.

<sup>11</sup> Paul Ferdinand Schilder, fue un psiquiatra, psicoanalista, investigador y autor austríaco de numerosas publicaciones científicas. Fue alumno de Sigmund Freud. Hizo considerables contribuciones hacia la inclusión de la teoría psicoanalítica en psiquiatría y medicina general, y es considerado uno de los padres fundadores de la psicoterapia grupal. La contribución duradera de Schilder al pensamiento psicológico y médico es su concepto de la imagen corporal.

constituye una representación mental de la conciencia corporal de cada persona; siendo las alteraciones el resultado de una perturbación en el funcionamiento cortical. Se advierte la necesidad de distinguir entre representación interna del cuerpo y sentimientos, y actitudes hacia él. Una representación corporal puede ser más o menos verídica, pero puede estar saturada de sentimientos positivos o negativos. El Trastorno de la Imagen Corporal es una condición multidimensional que está asociada con un gran malestar subjetivo y puede ser perturbador especialmente para la relación social. (Raich, 2004)<sup>12</sup>

Las investigaciones más recientes permiten considerar ciertas características de la personalidad como factores que ejercen una importante influencia sobre los trastornos de la conducta alimentaria; se estima que son determinantes para el origen, la evolución y el pronóstico del padecimiento de acuerdo con la intensidad y la forma de expresión del mismo (Macías et al., 2003).<sup>13</sup>

Ante lo mencionado anteriormente, se plantea el siguiente problema de investigación:

¿Cuál es el riesgo de padecer trastornos alimentarios; patrones de consumo, estado nutricional y perfil sociodemográfico; en pacientes con diagnóstico de trastorno de la personalidad que asisten a consultorios externos de una Clínica Psiquiátrica, de la ciudad de Necochea, durante el año 2018?

El objetivo general planteado es:

Evaluar el riesgo de padecer trastornos alimentarios; patrones de consumo, estado nutricional y perfil sociodemográfico; en pacientes con diagnóstico de trastorno de la personalidad que asisten a consultorios externos de una Clínica Psiquiátrica, de la ciudad de Necochea, durante el año 2018.

---

<sup>12</sup> Tras analizar los resultados observados en diferentes estudios se llega a la conclusión de que la presión por la estética es muy superior en las mujeres y que presentan mayor insatisfacción al valorar su apariencia en todas las áreas,

<sup>13</sup> Para los autores, con base en las características de elevado neuroticismo y evitación del daño, se vuelve notoria la diferencia temperamental entre los dos principales tipos de trastorno alimentario. Así, mientras que en la anorexia nervosa predomina la dimensión de persistencia, en la bulimia nervosa, es más evidente la impulsividad.

Los objetivos específicos planteados son:

- Indagar el estado nutricional de pacientes con diagnóstico de trastorno de la personalidad, que asisten a consultorios externos de una Clínica Psiquiátrica, de la ciudad de Necochea.
- Analizar los patrones de consumo.
- Identificar los tipos de trastornos de la personalidad.
- Determinar el riesgo de padecer trastornos alimentarios.
- Caracterizar el perfil sociodemográfico.

▲ 2018  
UNIVERSIDAD  
FASTA

# CAPÍTULO 1

*Trastornos de la Conducta Alimentaria y Estado Nutricional*

**SOFÍA DE LA O**

—

*Licenciatura en  
Nutrición*

## CAPÍTULO 1: TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y ESTADO NUTRICIONAL

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), generalmente, aparecen durante la adolescencia o adultez temprana, pero también se pueden dar durante la niñez o la adultez avanzada. Según la OMS<sup>14</sup>, los TCA representan en la actualidad, el problema de salud más importante de la humanidad, tanto por el número de personas afectadas que va en aumento, como por las muertes que ocasiona. Se trata de enfermedades que requieren un tratamiento largo, que pueden convertirse en enfermedades crónicas y llevar a la muerte. Constituyen enfermedades reales y tratables (Vargas Balardes, 2013).<sup>15</sup>

El incremento en el número de casos de alteraciones de la conducta alimentaria ha hecho que estos padecimientos constituyan uno de los problemas psiquiátricos de mayor prevalencia en el mundo de hoy, con el consecuente impacto a la salud pública, tanto por los aspectos médicos y psicológicos, como por los altos costos que el manejo de estas requiere (Méndez, Vázquez-Velazquez, García-García, 2008).<sup>16</sup>

El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR, 2004)<sup>17</sup> sostiene que, un trastorno refiere a un conjunto de síntomas, conductas de riesgo y signos que pueden aparecer en diferentes entidades clínicas y con distintos niveles de severidad. No solo refiere a un síntoma aislado ni a una entidad específica explícitamente establecida. Los trastornos alimenticios se presentan cuando una persona no recibe la ingesta calórica recomendada para funcionar según su edad, estatura y ritmo de vida.

---

<sup>14</sup> La Organización Mundial de la Salud (OMS), en inglés World Health Organization o WHO, es el organismo de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial. Inicialmente fue organizada por el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas que impulsó la redacción de los primeros estatutos de la OMS.

<sup>15</sup> El presente artículo hace una breve descripción de los TCA, sus características y las particularidades del abordaje de estas patologías.

<sup>16</sup> Clínica de Obesidad y Trastornos de la Conducta Alimentaria, Departamento de Endocrinología y Metabolismo, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”, México, D.F., México.

<sup>17</sup> El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva es la unidad de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud de México, responsable de las políticas nacionales de los programas de planificación familiar y anticoncepción, salud sexual y reproductiva, cáncer cérvico uterino, cáncer de mama, salud materna y perinatal, igualdad de género, y prevención y atención de la violencia familiar.



## CAPÍTULO 1: TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y ESTADO NUTRICIONAL

March et al. (2006)<sup>18</sup> afirma

*“La gravedad de los TCA queda representada en los elevados índices de morbilidad, cronificación del trastorno y la proliferación de casos subclínicos especialmente entre la población adolescente. Esta situación lleva a una evaluación de los TCA como realidades clínicas de gran resonancia sociosanitaria y obliga a preguntarnos por el papel del sistema sanitario y de otros actores sociales”.*

Dichas enfermedades provocan diversas alteraciones en el funcionamiento psicosocial de los individuos. Además, están fuertemente asociadas con otros trastornos psiquiátricos como: depresión, ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo y abuso de sustancias, provocando no sólo un marcado deterioro en el funcionamiento social sino también poniendo en riesgo la vida de los que las padecen (Méndez, Vázquez-Velazquez, y García-García, 2008).<sup>19</sup>

Si bien los trastornos alimenticios han sido llamados “de la abundancia” y aparecen en su mayoría en países desarrollados, particularmente en zonas urbanas y en estratos socioeconómicos altos, no son exclusivos de ellos y la tendencia parece mostrar su expansión hacia otros países, regiones y sectores sociales. Así su vez, pueden constituir una vía de desnutrición diferente a la tradicional, relacionada ésta con la pobreza y la extrema pobreza (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva [CNEGSR], 2008).<sup>20</sup>

Durante los últimos 50 años, han cambiado dramáticamente las condiciones socioeconómicas y nutricionales, en todos los países industrializados. Por consiguiente, ha habido un abrupto incremento en la prevalencia de la obesidad. Al mismo tiempo, las

---

<sup>18</sup> El aumento de prevalencia de los TCA en los últimas décadas apunta hacia la necesidad de desarrollar estrategias de abordaje desde el sistema sanitario público que incluyan la perspectiva de los principales actores sociales implicados. El presente estudio se realiza con el objetivo de conocer sus opiniones y expectativas sobre prevención y tratamiento de los TCA.

<sup>19</sup> Observaciones clínicas han llevado a considerar que existe una serie de sobreposiciones entre la anorexia nerviosa y la obesidad. Las mismas no pretenden ignorar las enormes diferencias fisiopatogénicas y clínicas que existen entre los distintos trastornos de la conducta alimentaria; su descripción trata de promover una percepción más dinámica de estos fenómenos. Una visión más flexible y dinámica resulta de gran utilidad para comprender y tratar estos padecimientos.

<sup>20</sup> La Guía de Trastornos Alimentarios elaborada por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. tiene como objetivo presentar a los prestadores de servicios de salud algunos conceptos e ideas básicas que les permitan manejar dos de los principales trastornos alimentarios: anorexia y bulimia. Si éstos son entendidos en su complejidad, mayores serán las posibilidades de detectarlos y atenderlos adecuadamente.

## CAPÍTULO 1: TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y ESTADO NUTRICIONAL

presiones sociales y culturales para mantener una silueta corporal delgada han aumentado significativamente. Rosa Behar (2010)<sup>21</sup> refiere que estas presiones sociales se fundamentan en el ejercicio del control corporal favorecido por una amplia oferta de productos dietéticos, gimnasios e innumerables métodos para adelgazar, que se ofrecen persistentemente en el mercado. De tal modo, el paso de la disposición a mantener la línea a un trastorno del hábito del comer es muy sutil y difuso.

Los trastornos de la conducta alimentaria se definen como alteraciones específicas y severas en la ingesta de los alimentos, en personas que presentan en el acto de comer, patrones distorsionados y que se caracterizan por comer en exceso o por dejar de hacerlo; en respuesta a un impulso psíquico y no así por una necesidad metabólica o biológico; considerándose un complejo conjunto de enfermedades y engloba a una serie de entidades patológicas que, aunque comparten ciertas características, varían en cuanto a sus expresiones físicas, psicológicas y conductuales (Méndez, Vázquez-Velázquez, y García-García, 2008).<sup>22</sup>

De acuerdo con López, Molano y Piñeros (2013)<sup>23</sup>, como se citó en Hernández-Cortés y Londoño Pérez (2013)<sup>24</sup>, los TCA se caracterizan por la alteración del comportamiento de ingesta de alimentos del individuo que está acompañado de una serie de conflictos psicosociales y su resolución está condicionada por el logro y/o persistencia de un estado de delgadez. No se consideran, estos trastornos, una patología moderna, ni un problema nuevo ya que algunos fueron conocidos y descritos en la antigüedad; lo novedoso, por el contrario, es la frecuencia con la que se están presentando en las últimas décadas en las sociedades industrializadas y el cambio de actitudes que ésta ha tenido en los conceptos de salud y de ideal estético.

Los TCA se enmarcan entre aquellos fenómenos sociales y culturales que trascienden más allá del campo médico y científico, a la sociedad. Estos trastornos se ven

---

<sup>21</sup> Dra. Rosa Behar Astudillo, Profesora Titular de Psiquiatría de la Universidad de Valparaíso, quien ha dedicado parte importante de su vida académica al estudio, investigación, tratamiento y divulgación de los trastornos de la alimentación.

<sup>22</sup> Juan Pablo Méndez ha trabajado en la Unidad de Investigación en Obesidad, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

<sup>23</sup> El objetivo del artículo es determinar la frecuencia de TCA, sus factores de inicio y mantenimiento, así como sus subtipos clínicos y comorbilidad en una población escolarizada.

<sup>24</sup> El presente estudio descriptivo correlacional pretendió determinar la relación entre estilo de afrontamiento, historia psiquiátrica familiar, salud percibida, IMC, género, percepción de la figura y depresión y el riesgo de padecer un trastorno de conducta alimentaria. Se concluyó que la interacción de las variables antecedentes psicológicos familiares, género, deseo de disminución del peso, satisfacción con la imagen corporal, estilo de afrontamiento evitativo y depresión en conjunto predicen el riesgo de padecer un TCA, se discuten los hallazgos y se evidencian las limitaciones del presente estudio.

## **CAPÍTULO 1: TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y ESTADO NUTRICIONAL**

afectados por el ideal de belleza que propagan los medios de comunicación de extrema delgadez, una idea de belleza representada por modelos, mujeres y hombres cuyas proporciones, peso y estatura son una excepción estadística. Nos enfrentamos a ideales que muestran la delgadez como símbolo de independencia, éxito social, personal y profesional (Vargas Balardes, 2013).<sup>25</sup>

Estas patologías se caracterizan por la gravedad de la sintomatología asociada, elevada resistencia al tratamiento y riesgo de recaídas, así como alto grado de comorbilidad o presencia de otros trastornos como abuso de drogas, depresión, falta de habilidades sociales, y baja autoestima social y corporal (Peláez Fernández, Labrador Encinas & Raich Escursell, 2015).<sup>26</sup>

León y Castillo (2005)<sup>27</sup> plantean que hay una gran variedad de factores de riesgo clasificados en tres grupos: predisponentes, precipitantes y perpetuantes. Los factores predisponentes actúan desde el inicio de la vida y condicionan la vulnerabilidad de un individuo a padecer el trastorno; tales como el sobrepeso, la baja autoestima inseguridad e introversión, obesidad y perfeccionismo, identificado como un predictor de síntomas bulímicos y un factor de mantenimiento entre individuos sintomáticos, los prejuicios sociales respecto a la obesidad, malos hábitos alimenticios en la familia, y la presión familiar por la figura, entre otros.

Grylli, Wagnera, Hafferl-Gattermayera, Schoberb, & Karwautz (2005)<sup>28</sup>, como se citó en Hernández-Cortés y Londoño Pérez, (2013)<sup>29</sup> aseguran que los factores precipitantes suelen acontecer inmediatamente antes del inicio del trastorno y comprenden los

---

<sup>25</sup> Para el autor, Los TCA tienen como eje principal la insatisfacción con el peso y/o con la imagen personal, por ideas sobrevaloradas o distorsiones del concepto de lo que deben ser el peso y la silueta ideal. Las conductas patológicas causan disfunción social y no permiten mantener un peso saludable. Para tratar estos casos, se requiere la intervención especializada interdisciplinaria y bien coordinada.

<sup>26</sup> En este artículo se revisan los diseños metodológicos e instrumentos diagnósticos utilizados para estimar la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en población general.

<sup>27</sup> María Teresa León Espinosa de los Monteros, se especializó en el área de Medicina Preventiva y Salud Pública.

<sup>28</sup> El objetivo del artículo fue evaluar estilos de afrontamiento y calidad de vida en jóvenes con diabetes tipo 1 con y sin trastornos alimentarios e identificar las relaciones entre estas variables en cada grupo. Los adolescentes con trastornos alimentarios fueron evaluados con un procedimiento de diagnóstico en dos etapas. Los adolescentes con y sin trastornos alimentarios proporcionaron datos sobre los estilos de afrontamiento y sobre el bienestar subjetivo.

<sup>29</sup> En dicho estudio, participaron 417 estudiantes universitarios que se seleccionaron de manera no aleatorizada estratificada con grupos de conveniencia. Para obtener los datos se utilizó la Ficha de Registro de Información General, la Escala Abreviada de las actitudes alimentarias EAT -26-M, el Cuestionario de Formas de Afrontamiento, el Inventario de Depresión de Beck, la Prueba de Optimismo Disposicional y el Registro de Percepción de la Figura.

## CAPÍTULO 1: TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y ESTADO NUTRICIONAL

comentarios negativos sobre la figura, la insatisfacción general con uno mismo, el estrés, los conflictos familiares y los fracasos amorosos, entre otros.

Los factores perpetuantes son los que mantienen o prolongan la evolución del trastorno, una vez se ha desencadenado el proceso, como por ejemplo una alimentación incorrecta que genera desnutrición y refuerza la imagen corporal negativa, fluctuación de los estados del ánimo, ansiedad, depresión e irascibilidad (Bardone & Fitzsimmons, 2011).<sup>30</sup>

Si bien se han sugerido muchas variables como factores de riesgo de los TCA, sólo en pocas ocasiones se han establecido relaciones de tipo causal o se aclara respecto a qué tanto un aspecto es factor de riesgo para el desarrollo de un TCA o es el resultado o consecuencia de la evolución de este. Dancyger, Fornaria, Sciontic, Sundaya & Wisotskya (2009)<sup>31</sup> en sus investigaciones, identificaron un Perfil de Riesgo para el desarrollo de los Trastornos de Conducta Alimentaria: baja autoestima, bajo soporte social familiar percibido, altos niveles de preocupación por la figura y uso de una estrategia evitativa para afrontar las situaciones de estrés.

Los dos tipos principales de trastornos de la conducta alimentaria son: anorexia nerviosa (AN) y bulimia nerviosa (BN). Otra categoría la constituyen los “trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TANE)” que refieren a los trastornos que no cumplen los criterios para uno específico. Entre estos trastornos no especificados, se encuentra el trastorno por atracón (TA), catalogado como una nueva categoría que deberá ser sometida a nuevas revisiones (Fassino, 2007).<sup>32</sup>

La AN es el trastorno de la alimentación que más se ha estudiado y en la actualidad es considerada una grave enfermedad psiquiátrica caracterizada por la incapacidad de

---

<sup>30</sup> Los autores relacionan la sintomatología del rasgo de la ansiedad y del trastorno alimentario y consideraron importante examinar si ciertos factores tienen la capacidad de atenuar potencialmente el efecto de la ansiedad en la patología alimentaria. En el estudio actual, se estudiaron dos posibles factores de moderación: habilidades de afrontamiento y apoyo social. Los participantes fueron 96 mujeres atendidas en un momento por un trastorno alimentario (TA) en una clínica, incluidas 53 con un diagnóstico actual de TA y 43 que ya no cumplían con los criterios para un TA y que tenían diferentes niveles de recuperación. Los resultados proporcionan un apoyo creciente a los factores que interactúan con la ansiedad que pueden disminuir el efecto de la ansiedad sobre la patología alimentaria. Implicaciones para el tratamiento y las direcciones futuras se discuten.

<sup>31</sup> En el presente trabajo se examinaron diversas características socioculturales, familiares e individuales asociadas con los trastornos de la alimentación en sujetos con síndrome de síndrome completo (FS) y síndrome de trastorno parcial (PS, por sus siglas en inglés) y en estudiantes normales de secundaria.

<sup>32</sup> Los TA son representativos de la relación entre los trastornos psicósomáticos y psiquiátricos y tienen interacciones complejas en el cuerpo, la mente y el cerebro. Los problemas psicósomáticos de los TA surgen en las alteraciones del cuerpo y su funcionamiento, en los rasgos de personalidad, en la dificultad de reconocer y manejar las emociones y en el manejo de la ira y la impulsividad. Los Criterios Diagnósticos para la Investigación Psicósomática utilizados por los autores de este artículo, representan un instrumento innovador con implicaciones terapéuticas.

## CAPÍTULO 1: TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y ESTADO NUTRICIONAL

mantener un cuerpo saludable normal en relación con el peso, aspecto que se constituye en una obsesión, observándose insatisfacción permanente con la delgadez alcanzada, aun cuando se haya llegado a niveles de emaciación (Méndez, Vázquez-Velazquez, García-García, 2008).<sup>33</sup>

Una de las primeras descripciones de la anorexia nerviosa fue realizada por Sir Richard Morton<sup>34</sup> en el año 1689 con marcadas similitudes con el cuadro actual. Le siguieron la descripción en 1874 de William Gull<sup>35</sup> y paralelamente en Francia del Dr. Ernest-Charles Lasègue<sup>36</sup>, 1873 (Seijas y Sepúlveda, 2005).<sup>37</sup>

Según Clasificación Internacional de Enfermedades, en su décima edición, la CIE-10 (1996)<sup>38</sup>, de la OMS, la AN es un trastorno cuya característica principal es la pérdida de peso que puede ser inducida o mantenida por quien lo padece. Se inicia frecuentemente en adolescentes y mujeres jóvenes, aunque algunas veces pueden verse afectados varones adolescentes y jóvenes, así como niños prepúberes o mujeres maduras hasta la menopausia. Constituye un síndrome independiente, con rasgos clínicos reconocibles y su diagnóstico resulta fiable con un alto grado de concordancia entre médicos clínicos. Diversos estudios han demostrado que, de entre los enfermos que no se recuperan, una

---

<sup>33</sup> Según los autores, observaciones clínicas han llevado a considerar que existe una serie de sobreposiciones entre la anorexia nerviosa y la obesidad. En algunos casos, el peso y las conductas alimentarias pueden cambiar en sus expresiones en el mismo individuo. Estas observaciones no pretenden ignorar las enormes diferencias fisiopatogénicas y clínicas que existen entre los distintos trastornos de la conducta alimentaria; su descripción trata de promover una percepción más dinámica de estos fenómenos.

<sup>34</sup> Richard Morton, médico inglés, describió una enfermedad que denominó “consunción nerviosa”, que podría considerarse como la primera descripción escrita del cuadro que actualmente se conoce como anorexia nerviosa.

<sup>35</sup> William Gull denominó la condición anorexia nerviosa y creía que el trastorno se producía en pacientes masculinos y femeninos. El término anorexia nerviosa entró en la literatura en 1873, cuando Gull publicó su trabajo pionero con este título. Entendió la anorexia desde un punto de vista médico, creyendo que no era de ninguna etiología orgánica. Señaló la observación de que la anorexia se encontraba principalmente en muchachas jóvenes, de 16-23 años, y su síntoma característico era fatiga.

<sup>36</sup> Ernest-Charles Lasègue fue uno de los primeros médicos en describir la anorexia nerviosa a la que llamó anorexia histérica y lo atribuyó sólo a mujeres.

<sup>37</sup> En este artículo se analizan factores como la morbilidad, los factores predisponentes, la caracterización clínica y las teorías psicológicas que subyacen a los TCA.

<sup>38</sup> CIE (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD). La CIE es usada mundialmente para las estadísticas sobre morbilidad y mortalidad, los sistemas de reintegro y soportes de decisión automática en medicina. Este sistema está diseñado para promover la comparación internacional de la recolección, procesamiento, clasificación y presentación de estas estadísticas. El 18 de junio de 2018, la Organización Mundial de la Salud publicó la nueva edición de su manual de enfermedades. Esta edición (CIE-11) entrará en vigor en 2022 para sustituir a la vigente desde 1990.

## CAPÍTULO 1: TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y ESTADO NUTRICIONAL

proporción considerable continúa mostrando de manera crónica las características principales de la AN.

Las personas afectadas presentan una excesiva preocupación acerca del peso corporal, la figura y la dieta. Aunque suelen perder peso de manera progresiva, presentan un intenso temor a llegar a ser obesas. A su vez llevan a cabo conductas de evitación hacia la comida con acciones compensatorias para contrarrestar lo que ingieren, como actividad física exagerada, conductas purgativas, entre otros. Sin embargo, no son conscientes de la enfermedad como tampoco del riesgo que conlleva. Su atención está centrada en la pérdida ponderal, lo que les causa estados nutricionales carenciales que pueden presentar riesgos vitales. Generalmente, hay rasgos de personalidad previos con tendencia al conformismo, necesidad de aprobación, gran sentido de la responsabilidad, perfeccionismo y falta de respuesta a las necesidades internas. (Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria, 2009).<sup>39</sup>

La BN se caracteriza por episodios recurrentes de gran voracidad y conductas purgativas como, provocación del vómito o utilización de laxantes y/o diuréticos, con la finalidad de ejercer un control sobre el peso y silueta corporal, y una preocupación excesiva por su imagen corporal (Aranda y Turón, 1998).<sup>40</sup>

De acuerdo a CIE-10, la BN se caracteriza por episodios recurrentes de ingesta excesiva de alimentos, así como por una preocupación exagerada por el control del peso corporal, lo que conduce a adoptar medidas extremas para mitigar el aumento de peso producido por la ingesta de comida. La distribución por edades y sexo es similar a la de la AN, aunque la edad de presentación tiende a ser más tardía. Dicho trastorno puede ser considerado como una secuela de la AN persistente, aunque también puede darse la secuencia contraria.

Históricamente, en el caso de la bulimia nerviosa, fue el Dr. Otto Dörr<sup>41</sup> en 1972, psiquiatra chileno, quien realizó la primera descripción de una condición que hoy conocemos como bulimia nerviosa. El profesor Russell<sup>42</sup>, del Instituto de Psiquiatría de Londres, acuñó

---

<sup>39</sup> Con esta Guía Práctica Clínica sobre los TCA, se pretende dar a la población y a los profesionales sanitarios y de la educación un instrumento útil que, de respuestas a las cuestiones más básicas de la enfermedad, especialmente en los aspectos preventivos y terapéuticos.

<sup>40</sup> El Dr. Fernando Fernández-Aranda se ha dedicado a la investigación en el campo de los trastornos de la conducta alimentaria y obesidad.

<sup>41</sup> Otto Dörr Zegers, obtuvo las especialidades de Psiquiatría, Neurología y Psicoterapia, además del Doctorado en Medicina, en la Universidad de Heidelberg, Alemania. Además, fue el primer médico en el mundo en describir la existencia de la bulimia nerviosa como una nueva patología.

<sup>42</sup> Fue recién en 1979 que Russell publicó la primera descripción clínica exacta de la enfermedad. En su trabajo describió 30 pacientes con peso normal que además de un intenso temor a engordar,



## CAPÍTULO 1: TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y ESTADO NUTRICIONAL

el término de bulimia como la enfermedad del “miedo mórbido a engordar” en 1979, aunque también fue descrita por Bruch como la “persecución por la delgadez” o como una “fobia a la obesidad” (Seijas y Sepúlveda, 2005).<sup>43</sup>

En la BN, no se producen necesariamente alteraciones en el peso, se puede presentar peso normal, bajo o sobrepeso. Suele ser un trastorno oculto, ya que fácilmente pasa desapercibido, y se vive con sentimientos de vergüenza y culpa. La persona afectada suele pedir ayuda cuando el problema ya está avanzado (2009).<sup>44</sup>

Los TANE, codifican los trastornos que no cumplen los criterios para uno específico. Entre estos trastornos no especificados, se encuentra el trastorno por atracón (TA), catalogado como una nueva categoría que deberá ser sometida a cuidadosas revisiones (Méndez, Vázquez-Velázquez, García-García, 2008).<sup>45</sup>

Los TCA no especificados suelen ser cuadros de AN o BN incompletos, ya sea por su inicio o porque están en vías de resolución. Por lo tanto, en ellos veremos síntomas similares, pero sin llegar a configurar un cuadro completo, aunque no por ello menos grave. Dentro de este grupo de trastornos, se incluyen trastornos tales como el empleo habitual de conductas compensatorias inapropiadas, después de ingerir pequeñas cantidades de alimento, masticarlas y expulsar la comida (Vargas Balardes, 2013).<sup>46</sup>

Respecto del TA, el paciente presenta episodios de atracones, pero no presenta conductas compensatorias. La característica principal del atracón es la sensación de pérdida de control, la voracidad y la impulsividad; la persona siente que no puede parar de comer. Los disparadores más frecuentes de los atracones suelen ser la ansiedad, soledad, aburrimiento, restricción alimentaria, estadio premenstrual, ingesta de alcohol y consumo de sustancias y/o falta de rutina cotidiana. Una vez sucedido el episodio generalmente aparece

---

presentaban atracones y vómitos. La llamó en su momento "bulimia nerviosa, una variante ominosa de la anorexia nerviosa".

<sup>43</sup> En el presente estudio, se analizan los diagnósticos diferenciales tanto en la anorexia como en la bulimia y se describen los aspectos médicos y psiquiátricos a considerar en el tratamiento.

<sup>44</sup> La Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria ha sido revisada por expertos españoles en los TCA y cuenta con el aval de asociaciones de pacientes y sociedades científicas españolas implicadas en la atención de estas personas enfermas.

<sup>45</sup> Según los autores, El origen preciso de los TCA no ha podido ser dilucidado, proponiéndose diferentes teorías al respecto. La gran dificultad es que no existen tratamientos farmacológicos o nutricionales de eficacia demostrada, por lo que éstos se dan mediante grupos interdisciplinarios, basándose en psicoterapia, estrategias de apoyo durante el proceso psicoterapéutico y un programa psico-educativo, proceso que lleva meses o años.

<sup>46</sup> Para el autor, los TCA y su relación con la actual sociedad de consumo, conforman uno de los más importantes ejemplos de la existencia de fricciones entre distintos intereses sociales: la salud, la belleza y los intereses productivos y publicitarios.

## CAPÍTULO 1: TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y ESTADO NUTRICIONAL

la culpa, vergüenza, enojo, sensación de ineficacia, soledad y vacío, lo que retroalimenta al circuito. Este trastorno genera un gran deterioro en la calidad de vida (Weinstein).<sup>47</sup>

A los trastornos mencionados previamente, presentes en el DSM<sup>48</sup> IV, se le agregan en la nueva clasificación del DSM V, los siguientes: Pica, Trastorno de rumiación, Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, Trastorno alimentario o de la ingestión de los alimentos no especificado. Estos últimos trastornos estaban incluidos dentro de otras categorías en el DSM-IV (Weinstein).<sup>49</sup>

Según el DSM-V (2013)<sup>50</sup>

*“La principal característica de la pica es la ingestión persistente de sustancia no nutritivas y no alimentarias durante un período mínimo de 1 mes, que es suficientemente grave como para justificar atención clínica. Las sustancias que típicamente se suelen ingerir tienden a variar con la edad y con la disponibilidad y podrían ser papel, jabón, ropa, pelo, cuerdas, lana, tierra, tiza, polvos de talco, pintura, metales, guijarros, carbón vegetal o carbón mineral, cenizas, barro, almidón o hielo. El término no alimentarias se incluye porque el diagnóstico de la pica no se refiere a la ingestión de productos de la dieta con un mínimo contenido nutritivo”.*

El Trastorno de la Rumiación (TR) es la regurgitación repetida de alimentos, luego de alimentarse o comer, durante un período mínimo de un mes. La comida tragada se devuelve a la boca con ausencia de náuseas, arcadas o desagrado. Esta se puede volver a masticar para después escupirse de la boca o tragarse. La regurgitación en el trastorno de rumiación

---

<sup>47</sup> El autor desarrolla las características clínicas y criterios diagnósticos de los mencionados trastornos y cómo es que se constituyen.

<sup>48</sup> El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (en inglés, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, abreviado DSM), editado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría en inglés, American Psychiatric Association (APA), es un sistema de clasificación de los trastornos mentales que proporciona descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos e investigadores de las ciencias de la salud puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos.

<sup>49</sup> Según el autor, Para el tratamiento de los TCA es indispensable contar con un equipo interdisciplinario, debido a que son trastornos de alta complejidad médica, nutricional, psicológica y psiquiátrica.

<sup>50</sup> En 1999 comenzó el desarrollo de la nueva versión y continuó con la formación de un grupo de trabajo en 2007, que generó y experimentó en campo una variedad de nuevas clasificaciones. Con respecto a la edición previa, no sufrió grandes modificaciones en múltiples aspectos. Sin embargo, sí hubo diferencias significativas.



## CAPÍTULO 1: TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y ESTADO NUTRICIONAL

debería ser frecuente o producirse por lo menos bastantes veces por semana, típicamente a diario. Dicho trastorno no se explica mejor por una afección gastrointestinal u otra afección médica asociada, como reflujo o estenosis pilórica, y no se produce exclusivamente durante el curso de una AN, BN, TA o un trastorno de evitación/restricción de ingestión de alimentos (DSM-V, 2014).<sup>51</sup>

El trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos sustituye y amplía el diagnóstico del trastorno de alimentación en la infancia y la primera niñez del DSM-IV. La principal condición es la evitación o restricción de la toma de alimentos que se evidencia por un fracaso para obtener las necesidades nutritivas, o una ingesta energética insuficiente mediante la ingesta oral de alimentos. Deben estar presentes una o más de las siguientes características principales: pérdida de peso significativa, deficiencia nutritiva significativa u otro efecto sobre la salud; dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutricionales orales, o una marcada interferencia en el funcionamiento psicosocial (DSM-V, 2013).<sup>52</sup>

Esteban (2004)<sup>53</sup> como se citó en Rosa Behar (2010)<sup>54</sup> afirma que, en las diversas culturas y períodos históricos, la corporalidad ha estado ligada irremisiblemente a lo social y a lo cultural. En nuestra sociedad occidental, es la educación la que tiende a modelar nuestro cuerpo y a ajustarlo a las exigencias y normativas del entorno en que vivimos. De esta manera el cuerpo adquiere una función muy relevante como mediador cultural.

La imagen corporal ideal se va plasmando por los valores, creencias y cánones estéticos que promueve cada sociedad; de modo que las últimas décadas del siglo XX y el comienzo del siglo XXI se han caracterizado por un culto total al cuerpo (Rosa Behar, 2010).<sup>55</sup>

El cuerpo no constituye únicamente un conjunto de estructuras, órganos o sistemas que funcionan de manera interactuante y compleja, sino que el ser humano posee además

---

<sup>51</sup> El DSM se elaboró a partir de datos empíricos y con una metodología descriptiva, con el objetivo de mejorar la comunicación entre clínicos de variadas orientaciones, y de clínicos en general con investigadores diversos.

<sup>52</sup> La edición vigente es la quinta, conocida como DSM-V, y se publicó el 18 de mayo del 2013.

<sup>53</sup> María Luz Esteban Galarza, Licenciada en medicina y doctora en antropología (Universitat de Barcelona, 1993). Trabajó como médica de planificación familiar desde 1984 hasta 1996. Ha dado clases de Antropología Social, primero en la Universidad de León (1994-1996), después en la Universidad Pública de Navarra (1996-1998). Ha participado en distintas iniciativas y asociaciones feministas desde 1980. Sus áreas de investigación son: género, salud, cuerpo, emociones/amor.

<sup>54</sup> Para el autor, transculturalmente las patologías alimentarias se consideran como síndromes ligados a la occidentalidad y a sus peculiares significancias valóricas.

<sup>55</sup> El objetivo del trabajo es describir los factores que contribuyen a la construcción cultural del cuerpo en los TCA.

## CAPÍTULO 1: TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y ESTADO NUTRICIONAL

una vivencia de ese cuerpo, una experiencia de la corporalidad, que representa un aspecto fundamental de la conciencia como función psíquica. Pero a la vez, la corporalidad es un instrumento de conexión o contacto con la realidad, una "herramienta" a través de la cual se establece la imagen del mundo circundante y la relación con el otro (Guarín y Rueda, 1999).<sup>56</sup>

La imagen corporal es como una huella digital, es un estado mental, que se desarrolla desde el nacimiento y que recibe influencias de factores históricos, aquellos que le han dado forma a la manera en la cual miramos nuestra apariencia, así como factores actuales, relacionados con la vida cotidiana, que determinan cómo nos sentimos, pensamos y actuamos respecto a nuestra apariencia (Cash y Fleming, 2002).<sup>57</sup>

Se integran en la imagen corporal tres componentes: uno perceptivo, determinado por la estimación del tamaño y forma corporal; uno cognitivo-afectivo el cual es subjetivo y que se refiere a la satisfacción, preocupación, ansiedad y evaluación que el sujeto hace de su propio cuerpo; y uno comportamental, que hace alusión a la evitación de aquellas situaciones que generan malestar asociado con la imagen física, como mirarse al espejo, usar cierto tipo de ropa para evitar ser mirada (Guarín y Rueda, 1999).<sup>58</sup>

En los trastornos de la alimentación las distorsiones se refieren a la manera en la cual el propio cuerpo o su forma es experimentada, independientemente del peso o la forma misma, o se evidencia en la negación que el sujeto hace de la seriedad del problema de estar bajo de peso. Esto plantea dos fenómenos distintos tales como, la distorsión de la imagen y la insatisfacción con el cuerpo (DSM-IV-TR, 2002)<sup>59</sup>

La distorsión de la imagen corporal en los cuadros alimentarios puede oscilar desde un rango leve a severamente delirante. Es un fenómeno que puede no ser detectable o encontrarse latente y aún ausente. Por otro lado, la magnitud de la distorsión se relaciona

---

<sup>56</sup> En un estudio descriptivo no comparativo, se explora la vivencia del cuerpo, o corporalidad, como entidad fenomenológica central en un grupo de 38 mujeres con TCA, dentro de una modalidad de tratamiento ambulatorio que incluye intervenciones psicoterapéuticas y psicofarmacológicas. Se conceptualiza el papel que juega la corporalidad desde perspectivas cognoscitivo-afectivas, biológicas, socioculturales y psicosexuales.

<sup>57</sup> Una investigación sustancial confirma que la imagen corporal afecta múltiples aspectos del funcionamiento psicosocial, aunque no existe una evaluación directa para cuantificar su impacto en la calidad de vida de un individuo. En el presente estudio, el Inventario de calidad de vida de la imagen corporal se desarrolló y se evaluó empíricamente con 116 mujeres universitarias.

<sup>58</sup> En la población estudiada, se encontró que el grado de insatisfacción y/o distorsión de la imagen corporal es el problema psicopatológico principal y constituye un factor pronóstico importante, influenciado por la existencia de comorbilidad y la presencia de experiencias traumáticas tempranas, relacionadas con sobrepeso real o percibido, abuso y vivencias de abandono.

<sup>59</sup> En el año 2002, se edita en España el texto revisado de dicho manual: DSM-IV-TR por la Editorial Masson.

## CAPÍTULO 1: TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y ESTADO NUTRICIONAL

directamente con el nivel de la restricción alimentaria, con la gravedad de la condición y la intensidad de la negación de la misma. Posee un valor predictor del pronóstico y representa una condición de recuperabilidad en el desenlace de las patologías alimentarias (Rosa Behar, 2010).<sup>60</sup>

Los pacientes con TCA, especialmente aquellos con AN, presentan alteraciones del estado nutricional. La imposibilidad de mantener un peso corporal normal en relación con la edad, sexo y estado de desarrollo del paciente es uno de los criterios diagnósticos de la AN. Además, se deberían valorar otros factores como la rapidez de la pérdida de peso, el retraso del crecimiento o la maduración sexual en niños y adolescentes, para establecer la gravedad de la enfermedad (Yager et al., 2006).<sup>61</sup>

El Estado Nutricional (EN) es una condición del organismo que resulta de la relación entre las necesidades nutritivas individuales y la ingestión, absorción y utilización de los nutrientes contenidos en los alimentos (FAO, 2015).<sup>62</sup>

El equilibrio entre la ingesta de nutrientes y las necesidades de estos equivale al EN. Cuando el consumo de nutrientes es adecuado para cubrir las necesidades diarias del organismo, lo que incluye cualquier aumento de las necesidades metabólicas, la persona presenta un estado nutricional óptimo. Una ingesta adecuada, favorece el crecimiento y el desarrollo, conserva la salud general, contribuye a la realización de las actividades diarias y ayuda a proteger al organismo frente a la enfermedad (Mahan, 2015).<sup>63</sup>

El cuidado nutricional significa todo un proceso, el cual abarca diferentes pasos, etapas o momentos. Esta atención nutricional implica cumplir con las necesidades del individuo, las que podrán ser estables o cambiantes, según su momento biológico y su estado de salud o enfermedad, dicho proceso abarca cinco pasos: valoración del estado nutricional, determinación de los objetivos del tratamiento, planificación de estrategias para

---

<sup>60</sup> Según el autor, la internalización de las presiones socioculturales genera consecuencias negativas y distorsionadas en los cuerpos femeninos, especialmente en mujeres adolescentes y adultas jóvenes en riesgo para desarrollar TCA. Son necesarias las estrategias de prevención primaria y psicoeducación para manejar en un estilo más sano los mensajes mediáticos enfocados en la perfección corporal.

<sup>61</sup> La Guía de práctica para el tratamiento de pacientes con trastornos de la alimentación, tercera edición, consiste en tres partes: Recomendaciones del tratamiento; Los códigos de cada recomendación de acuerdo con el grado de confianza clínica con el que se hace la recomendación y Características clínicas que influyen en el plan de tratamiento.

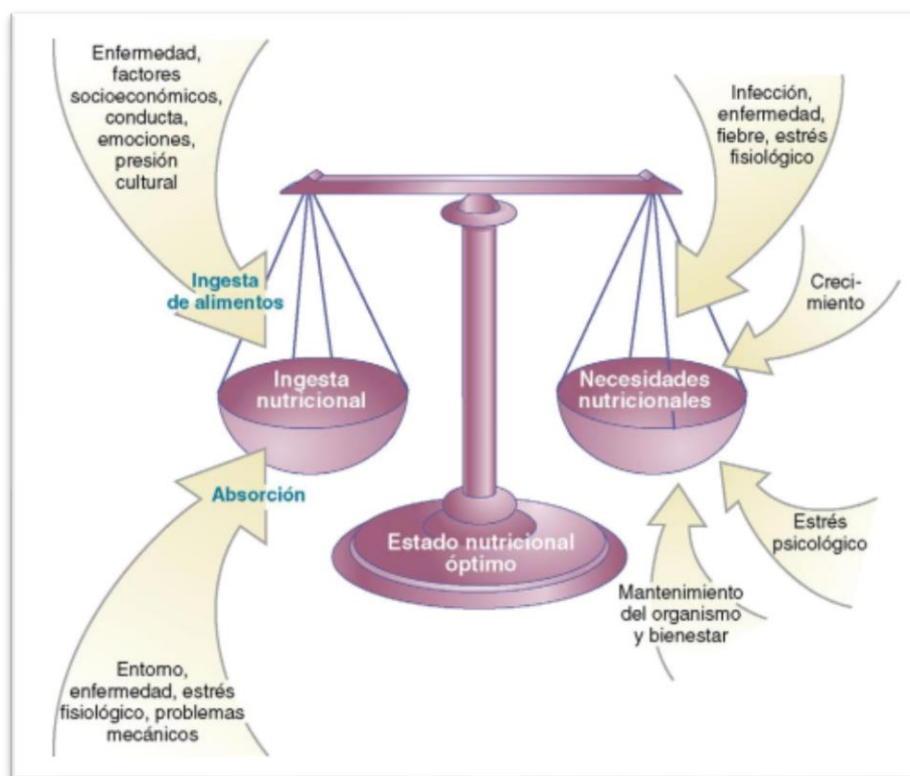
<sup>62</sup> La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, ONUAA o más conocida como FAO (Food and Agriculture Organization), es un organismo especializado de la ONU, que dirige las actividades internacionales encaminadas a erradicar el hambre.

<sup>63</sup> Kathleen Mahan, consejero de nutrición y educador certificado en diabetes. Profesor asistente de afiliados. Departamento de pediatría, escuela de Medicina. Universidad de Washington, Seattle, Washington.

## CAPÍTULO 1: TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y ESTADO NUTRICIONAL

lograr los objetivos, determinación de las necesidades nutricionales y monitoreo nutricional (Torresani y Somoza, 2005).<sup>64</sup>

**Figura N°1:** Estado nutricional óptimo: equilibrio entre la ingesta de nutrientes y las necesidades nutricionales.



Fuente: Mahan, Stamp & Raymond (2015)<sup>65</sup>

La Valoración del Estado Nutricional (VEN) se entiende como la interpretación de la información obtenida a partir de estudios antropométricos, alimentarios, bioquímicos y clínicos. Esta información es utilizada para determinar el estado nutricional de individuos o

<sup>64</sup> María Elena Torresani, Licenciada en Nutrición, miembro del Comité de Docencia e Investigación de la Escuela de Nutrición de la Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.

<sup>65</sup> El libro Krause Dietoterapia, 13.ª edición, constituye una obra indispensable para la consulta, ya que incluye los temas de mayor actualidad en la ciencia de la nutrición. En esta nueva edición, se incorporan los elementos del proceso de asistencia nutricional (PAN), siguiendo la propuesta de la Academy of Nutrition and Dietetics (antes, la American Dietetic Association), para sistematizar y, por ende, mejorar la calidad de la atención que el nutricionista proporciona a los individuos.

## CAPÍTULO 1: TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y ESTADO NUTRICIONAL

grupos de población en la medida que son influenciados por el consumo y la utilización de nutrientes (Figueroa, 2015).<sup>66</sup>

La valoración exacta de la ingesta dietética es de gran importancia para la mejora de la salud pública por parte de los investigadores y profesionales que trabajan en ese campo, en especial en ciertos grupos poblacionales con alta prevalencia de enfermedad (Fialkowski et al., 2010).<sup>67</sup>

**Cuadro N°2:** Valoración del Estado Nutricional

Anamnesis de la dieta
Valoración de los índices metabólicos
Valoración de los índices bioquímicos
Valoración de los índices antropométricos

Fuente: Adaptado de Mahan, Stamp & Raymond (2015)<sup>68</sup>

Las técnicas de valoración adecuadas hacen posible la detección de carencias nutricionales en sus etapas iniciales. La ingesta de las personas se ve condicionada por diferentes factores, tales como la situación económica, los hábitos alimenticios, el estado emocional, las influencias culturales, los efectos de estados patológicos en el apetito y la capacidad de adquisición y absorción de nutrientes. Las necesidades nutricionales dependen del trasfondo genético, los factores estresantes fisiológicos, como infecciones, enfermedades agudas o crónicas, fiebre, traumatismos; los estados anabólicos, como el embarazo, la niñez o la rehabilitación; el mantenimiento global del organismo y el estrés psicológico (Mahan, Stamp & Raymond, 2015).<sup>69</sup>

Una valoración inicial, rápida y sencilla, permite detectar aquellos pacientes con riesgo nutricional, en los cuales se profundizará la valoración para que la intervención

<sup>66</sup> Facultad de Medicina, Carrera de Nutrición, Cátedra de Evaluación Nutricional, 2015.

<sup>67</sup> El objetivo de este informe es presentar la primera encuesta dietética exhaustiva de una muestra representativa de adultos de las naciones tribales del noroeste del Pacífico.

<sup>68</sup> Janice L. Raymond, se ha desarrollado como Gerente de Nutrición Clínica, en Sodexo, Providencia Monte San Vicente Seattle, WA y como Adjunto en la Facultad Universidad Bastyr Kenmore, Washington.

<sup>69</sup> Sylvia Escott Stump, ha dirigido pasantías dietéticas y programas didácticos en la Universidad de East Carolina desde 1998. También es propietaria de Nutritional Balance y realiza conferencias a nivel internacional.

## CAPÍTULO 1: TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y ESTADO NUTRICIONAL

nutricional sea adecuada. Dicha valoración permite arribar a un diagnóstico nutricional y así poder implementar el tratamiento correspondiente (Torresani y Somoza, 2005).<sup>70</sup>

La VEN puede realizarse de manera rutinaria en cualquier persona, aunque las herramientas ideales para su implementación utilizadas en individuos sanos difieren respecto a las que se aplican en los afectados por una enfermedad crónica. Las personas con riesgo nutricional se identifican a partir de la información de cribado, un procedimiento estandarizado que permite identificar a los individuos desnutridos o con riesgo de desnutrición que se pueden beneficiar de un apropiado cuidado nutricional. Luego, estos datos se emplean para diseñar un plan individualizado de asistencia nutricional. Una valoración completa aumenta la probabilidad de aplicación de intervenciones eficaces encaminadas a la resolución de los diagnósticos nutricionales identificados (Mahan, Stamp & Raymond, 2015).<sup>71</sup>

La valoración nutricional tiene como objetivos, determinar los signos y síntomas clínicos que indiquen posibles carencias o excesos de nutrientes; medir la composición corporal del sujeto; analizar los indicadores bioquímicos asociados con malnutrición; valorar si la ingesta dietética es adecuada; valorar la funcionalidad del sujeto; realizar el diagnóstico del estado nutricional; identificar a los pacientes que pueden beneficiarse de una actuación nutricional, y valorar posteriormente la eficacia de un tratamiento nutricional. Para esto se debe tener en cuenta tres aspectos muy importantes: una valoración global, estudio de la dimensión y composición corporal (Martinez Usó y Civera, 2002).<sup>72</sup>

Los estados de carencia o exceso nutricional aparecen cuando la ingesta nutricional no satisface las necesidades del sujeto para el mantenimiento de una salud óptima. El organismo dispone de mecanismos homeostáticos que permiten la utilización de los nutrientes de manera eficiente dentro del intervalo seguro de la ingesta, sin que se detecte ventaja alguna derivada de una ingesta específica. El desarrollo de carencias o excesos da lugar a adaptaciones para alcanzar un nuevo estado de equilibrio sin que exista una pérdida importante de las funciones fisiológicas. A medida que la ingesta se aleja del intervalo deseado, el organismo se acomoda al suministro cambiante de nutrientes a través de la

---

<sup>70</sup> El libro constituye una herramienta útil tanto para el estudiante como para el profesional dedicado a la nutrición, así como también para otros integrantes de equipos de salud interesados en el cuidado nutricional de sus pacientes. En este texto se analizan distintas patologías y casos clínicos donde el cuidado nutricional cobra especial importancia.

<sup>71</sup> Todo el material refleja la práctica actual basada en la evidencia tal y como la conciben sus autores, expertos en sus áreas. Este texto es la primera elección en el campo de la dietética para estudiantes, educadores y clínicos.

<sup>72</sup> Martinez Usó es un médico nacido en Valencia dedicado a la Endocrinología y Nutrición en el Hospital de la Ribera, Alzira

## CAPÍTULO 1: TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y ESTADO NUTRICIONAL

disminución de la función, el tamaño o el estado de los compartimentos corporales afectados. El estado nutricional de un sujeto se identifica mediante el éxito o el fracaso de estas adaptaciones (Mahan, Stamp & Raymond, 2015).<sup>73</sup>

Los trastornos alimentarios comprenden una serie de síndromes que abarcan características físicas, psicológicas y sociales. Tanto la AN como la BN son consideradas afecciones crónicas que producen secuelas físicas y sociales a largo plazo, de las cuales la recuperación es difícil. Las discapacidades a largo plazo incluyen efectos negativos sobre el empleo, la fertilidad, las relaciones y la crianza de los hijos (2004).<sup>74</sup>

Los TCA muestran una gran variabilidad en su presentación y en su gravedad, lo que va a condicionar diferentes consideraciones terapéuticas y la individualización del tratamiento. Por ello, se hace indispensable un enfoque multidisciplinario y especializado (Gómez et.al, 2017).<sup>75</sup>

La evaluación del estado mental se realizará explorando los síntomas específicos del trastorno a partir de los criterios diagnósticos y teniendo en cuenta también, los síntomas inespecíficos como depresión, ansiedad, obsesividad, ideación de muerte, impulsividad. Los pacientes con TCA presentan alta prevalencia de comorbilidad psiquiátrica, principalmente trastornos depresivos y de ansiedad; en las formas purgativas-bulímicas son además frecuentes las conductas impulsivas y los intentos de autolesiones (Madruga Acerete, Leis Trabazo, Lambruschini Ferri, 2013).<sup>76</sup>

---

<sup>73</sup> La decimotercera edición de este libro clásico considera el proceso de asistencia nutricional como el estándar en dietética.

<sup>74</sup> El Instituto Nacional de la Excelencia para la Salud y la Atención del Reino Unido (NICE), ha publicado el manual: Trastornos de la alimentación, intervenciones básicas en el tratamiento de la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastornos de la alimentación relacionados. Esta guía se ha desarrollado para asesorar sobre la identificación, el tratamiento y el tratamiento de los trastornos alimentarios, la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y las afecciones relacionadas.

<sup>75</sup> Expertos en nutrición han decidido crear un grupo de trabajo adscrito a la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE), que ha asumido entre sus objetivos el elaborar un documento de consenso que genere un protocolo basado en la mejor evidencia científica posible y en la experiencia profesional, con la finalidad de mejorar la práctica asistencial en este campo

<sup>76</sup> Madruga Acerete, ha trabajado como Médico, en la Unidad de Gastroenterología y Nutrición. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, España.



Cuadro N°3: Criterios diagnóstico de los TCA

### ANOREXIA NERVIOSA

- Restricción de la ingesta en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso de desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.
- Miedo intenso a ganar peso o engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
- Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal baja actual.

### BULIMIA NERVIOSA

- Episodios recurrentes de atracones.
- Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos y otros medicamentos, el ayuno el ejercicio excesivo.
- Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
- La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.
- La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

### TRASTORNO POR ATRACÓN

- Episodios recurrentes de atracones.
- Los episodios de atracones, se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:
  - Comer mucho más rápidamente que lo normal.
  - Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
  - Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.
  - Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.
  - Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.
- Malestar intenso respecto de los atracones.
- Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
- El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la bulimia nerviosa y o se produce exclusivamente en el curso de la bulimia.

Fuente: de Luis Román, Bellido Guerrero, García Luna y Oliveira Fuster (2017)<sup>77</sup>

Se debe realizar una historia clínica orientada tanto al diagnóstico específico de un TCA como al estado nutricional del paciente y la presencia de síntomas que muestren el proceso o comorbilidad, efectuando el diagnóstico diferencial con otras enfermedades. Con

<sup>77</sup> Daniel de Luis Román, es Médico y se ha desarrollado como Catedrático en Endocrinología y Nutrición en la Universidad de Valladolid, España.



## CAPÍTULO 1: TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y ESTADO NUTRICIONAL

frecuencia, el paciente no tiene conciencia de enfermedad y puede ocultar síntomas que puedan orientar su proceso. La anamnesis debe dirigirse a indagar en el comportamiento ante el acto de comer, la posibilidad de restricción alimentaria, su duración temporal, cantidad y calidad de alimentos ingeridos, así como en la existencia de cuadros de atracones, conductas purgativas y otros mecanismos compensatorios. La ingesta calórica inadecuada, la variedad limitada en la dieta y una mala representación de los distintos grupos de alimentos hacen que el consumo de vitaminas y minerales en los pacientes con AN sea inadecuado. Por otra parte, la ingesta en personas con BN depende del ciclo de atracones y de la restricción alimentaria. La calidad global de la dieta y la ingesta de micronutrientes podrían ser inadecuadas (Gómez et.al., 2017).<sup>78</sup>

**Cuadro N°4:** Pruebas recomendadas en el estudio de pacientes con TCA

VALORACIÓN INICIAL
<ul style="list-style-type: none"><li>-Hemograma (considerar VGS)</li><li>-Glucemia, proteínas viscerales, estudio lipídico.</li><li>-Gasometría venosa y electrolitos incluyendo calcio, fósforo y magnesio.</li><li>-Tests de función renal, incluyendo urea/BUN, creatinina, ácido úrico.</li><li>-Tests de función hepática.</li><li>-Hormonas tiroideas.</li><li>-Análisis elemental de orina.</li><li>-Electrocardiograma y radiografía de tórax.</li></ul>
PRUEBAS A CONSIDERAR EN UNA VALORACIÓN POSTERIOR
<ul style="list-style-type: none"><li>-Hierro sérico, ferritina, zinc, cobre, niveles de vitaminas.</li><li>-Hormonas: estradiol, LH, FSH, testosterona, prolactina.</li><li>-Amilasa sérica.</li><li>-Estudios del tracto gastrointestinal, tránsito gastrointestinal, endoscopia.</li><li>-Densitometría ósea.</li><li>-TC craneal o RM.</li><li>-Ecocardiograma.</li></ul>

Fuente: de Luis Román, Bellido Guerrero, García Luna y Olveira Fuster (2017)<sup>79</sup>

<sup>78</sup> Este Resumen Ejecutivo forma parte del número extraordinario Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros

<sup>79</sup> Bellido Guerrero, Licenciado en Medicina y Cirugía. Doctor en Medicina, Universidad de Cádiz. Especialista en Endocrinología y Nutrición.

## CAPÍTULO 1: TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y ESTADO NUTRICIONAL

Los hallazgos en la exploración física dependerán del tipo de TCA, pudiendo encontrarse signos de depleción de compartimentos corporales, carenciales, de adaptación hemodinámica al ayuno prolongado o de hábitos purgativos. Es necesario también, realizar la medición del grado de malnutrición en el momento de su observación, que puede ir desde una pérdida de peso del 15% del peso ideal hasta grados extremos de emaciación, caracterizándose por un estado de deficiencia. (Gómez et.al, 2017).<sup>80</sup>

En la valoración antropométrica los pacientes deben ser seguidos y monitorizados. La AN es un modelo de malnutrición de predominio energético, que se instala de manera lenta y progresiva por lo que el organismo realiza un proceso de adaptación. La medición del peso y la talla permite calcular el índice de masa corporal (IMC, P/T<sup>2</sup>), el porcentaje del peso ideal y el porcentaje de pérdida de peso. Se considera indicativa de desnutrición una pérdida de peso superior al 10% en 6 meses o al 5% en un mes. Se considera un IMC normal entre 18,5 y 25 kg/m<sup>2</sup>. A su vez la medida de los pliegues cutáneos tales como el tricipital, subescapular, bicipital, suprailíaco y las circunferencias como circunferencia media del brazo, circunferencia media muscular del brazo; permiten aproximarnos al estado de los compartimentos corporales graso y proteico muscular respectivamente, muy afectados en estos pacientes (Madruga Acerete, Leis Trabazo, Lambruschini Ferri, 2013).<sup>81</sup>

La pérdida de peso puede producirse a expensas tanto del compartimiento graso como del no graso o magro. El porcentaje de grasa corporal es inferior al 20% en la mayoría de los casos y en ocasiones es casi inexistente (Mayer, Roberto, Glasofer, Etu, Gallagher, Wang, et al. 2007).<sup>82</sup>

Las anomalías del compartimiento proteico visceral se mantienen hasta que la enfermedad está muy evolucionada, por lo que estos pacientes suelen presentar niveles normales de proteínas circulantes como, albúmina, transferrina, prealbúmina, proteína ligadora del retinol; salvo en las fases terminales de la enfermedad (de Luis Román, Bellido Guerrero, García Luna y Olveira Fuster, 2017).<sup>83</sup>

---

<sup>80</sup> Según los autores, el interés por estas enfermedades ha experimentado un repunte importante en los últimos años, quizás motivado por la percepción de que se trata de trastornos emergentes y en expansión.

<sup>81</sup> Nilo Lambruschini Ferri, Pediatra dedicado a la Gastroenterología y Nutrición Infantil en Hospital Sant Joan de Deu Barcelona y alrededores, España.

<sup>82</sup> El objetivo de este estudio fue investigar la relación de la composición corporal y los niveles neuroendocrinos con el resultado clínico en mujeres con anorexia nerviosa en un ensayo de prevención de recaídas.

<sup>83</sup> Los trastornos del comportamiento alimentario constituyen un grupo de enfermedades psiquiátricas que eran casi desconocidas hace apenas 40 años.

## CAPÍTULO 1: TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y ESTADO NUTRICIONAL

A pesar de consumir una dieta que suele ser baja en grasas y colesterol, los sujetos con AN y malnutrición presentan, generalmente, una concentración total de colesterol elevada (Rigaud et al., 2009).<sup>84</sup>

La glucemia baja se debe a la deficiencia de los precursores necesarios para la gluconeogénesis y la producción de glucosa. La producción de hormona tiroidea tiende a ser normal, pero la desyodación periférica de la tiroxina favorece la formación de triyodotironina inversa, rT3, menos activa metabólicamente que la triyodotironina, T3, lo que resulta en un síndrome de T3 baja (2006).<sup>85</sup>

La hipercarotenemia es una manifestación frecuente de la AN que se atribuye a la movilización de los depósitos de lípidos, a las modificaciones catabólicas secundarias, a la pérdida de peso y al estrés metabólico. Las necesidades de hierro disminuyen debido a la amenorrea y el estado catabólico general. A su vez, puede producirse una carencia de cinc secundaria a la ingesta energética insuficiente, la evitación de la carne roja y la adopción de una dieta vegetariana. Por otro lado, los vómitos y el uso de laxantes y diuréticos; pueden provocar importantes desequilibrios hidroelectrolíticos en los pacientes con TCA. En cuanto a los laxantes, su consumo puede producir hipopotasemia, y el de diuréticos, hipopotasemia y deshidratación (Lock y Fitzpatrick, 2009).<sup>86</sup>

La excreción de creatinina en orina de 24 horas es indicativa de la masa muscular del individuo. La índice creatinina/altura (ICA) se obtiene dividiendo la excreción real de creatinina del sujeto entre la que le correspondería según la talla. Se considera que el compartimiento muscular está deplecionado si el ICA es menor del 80% y que esta depleción es severa si es menor del 60%. El compartimiento proteico visceral no se afecta hasta estadios muy avanzados de la enfermedad, como se mencionó con anterioridad. La producción diaria de albúmina disminuye, así como su degradación, lo que mantiene los niveles plasmáticos dentro de la normalidad. Las pruebas de función inmune suelen ser

---

<sup>84</sup> Según los autores, el colesterol total alto es común en pacientes con anorexia nerviosa, pero sus mecanismos siguen sin estar claros.

<sup>85</sup> La Asociación Americana de Psiquiatría es una organización de psiquiatras que trabajan juntos para garantizar una atención humana y un tratamiento eficaz para todas las personas con enfermedades mentales, incluidos los trastornos por uso de sustancias.

<sup>86</sup> Los autores realizaron una revisión sistemática con el objetivo de responder las siguientes preguntas clínicas: ¿Cuáles son los efectos de los tratamientos para la anorexia nerviosa? ¿Cuáles son los efectos de las intervenciones para prevenir o tratar las complicaciones de la anorexia nerviosa?.

## CAPÍTULO 1: TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y ESTADO NUTRICIONAL

normales en estos pacientes (de Luis Román, Bellido Guerrero, García Luna y Olveira Fuster, 2017)<sup>87</sup>

La calorimetría indirecta resulta muy útil para establecer el gasto energético en reposo en estos pacientes (GER) para poder realizar un tratamiento nutricional adecuado. Como consecuencia de la adaptación al ayuno se ha notado que estos pacientes presentan un estado hipometabólico (Madruga Acerete, Leis Trabazo, Lambruschini y Ferri, 2013).<sup>88</sup>

La AN es un síndrome en el que el individuo presenta un bajo peso como resultado de una preocupación excesiva por el peso corporal, ya sea por un temor a la engordar o como una búsqueda de la delgadez. En la AN el peso se mantiene al menos un 15 por ciento por debajo del esperado, o el IMC es inferior a 17.5 kg m<sup>2</sup>. La pérdida de peso puede lograrse, evitando los alimentos calóricos, a veces acompañados por ejercicio excesivo o una purga autoinducida, por vómitos o mal uso de laxantes. Como consecuencia de la mala nutrición, se desarrolla un trastorno endocrino generalizado relacionado con el eje hipotalámico-hipofisario-gonadal, que se manifiesta en las mujeres por amenorrea y en los hombres por falta de interés o potencia sexual. En los niños prepúberes, la pubertad se retrasa y el crecimiento y el desarrollo físico generalmente se atrofian (2004).<sup>89</sup>

El diagnóstico se realiza sobre la base de la historia, respaldado, de ser posible por un relato corroborativo de un familiar o amigo. El examen físico, como se destacó anteriormente, con la medición del peso y la altura y el cálculo del IMC, puede revelar la extensión de la emaciación. Dependiendo de los resultados del examen físico, estos pueden incluir pruebas hematológicas, electrocardiografía, evaluación radiológica y ultrasonido (2002).<sup>90</sup>

En el contexto de la VEN en estas pacientes es importante hacer un seguimiento de los cambios que se producen en la composición corporal durante la realimentación. Los métodos antropométricos de evaluación de la composición corporal, basados en la medición

---

<sup>87</sup> Gabriel Olveira Fuster es médico especialista en Endocrinología. Tanto su actividad asistencial, en el hospital, como sus trabajos de investigación están relacionados principalmente con la Nutrición Clínica y la Dietética. Ha publicado artículos en revistas científicas y libros, profesionales y divulgativos, en este campo.

<sup>88</sup> Según los autores, los TCA constituyen enfermedades psiquiátricas, que se caracterizan por tener una alteración definida del patrón de ingesta o de la conducta sobre el control del peso, que produce un deterioro físico y psicosocial.

<sup>89</sup> La guía publicada por NICE, reúne recomendaciones, basándose en la revisión de la literatura existente, para la evaluación, el tratamiento, el seguimiento y la atención de niños, jóvenes y adultos con anorexia nerviosa, trastorno por atracón y bulimia nerviosa, así como con otros trastornos de alimentación.

<sup>90</sup> El Royal College of Psychiatrists es la principal organización profesional de psiquiatras en el Reino Unido, y es responsable de representar a los psiquiatras, de la investigación psiquiátrica y de proporcionar información pública sobre problemas de salud mental.

## CAPÍTULO 1: TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y ESTADO NUTRICIONAL

de pliegues subcutáneos, por su bajo costo económico, rapidez y facilidad de aplicación, son los más empleados en la práctica clínica (Silleras, Redondo del Río, Camina Martín, Soto Célix, Alonso Torre y Miján de la Torre, 2013).<sup>91</sup>

Los problemas físicos pueden clasificarse como aquellos debidos a los efectos de la inanición y las consecuencias de la conducta de purga. El hambre afecta a todos los sistemas del cuerpo. En el sistema musculoesquelético, se reflejará como debilidad, pérdida de fuerza muscular, que también afecta al músculo cardíaco; pérdida de densidad ósea y deterioro del crecimiento lineal. Las mujeres jóvenes con anorexia nerviosa tienen un mayor riesgo de fracturas óseas en el futuro (Rivera Gallardo, Parra Cabrera y Barriguete Meléndez, 2005).<sup>92</sup>

Los efectos en el sistema endocrino tienen su impacto en los órganos diana, causando infertilidad, riesgo de ovarios poliquísticos y pérdida de mineralización ósea. Donde no se ha completado el desarrollo de la pubertad, puede ocurrir un desarrollo incompleto de las características sexuales secundarias. Los pacientes con AN tienen trastornos en las hormonas reproductivas, baja LH y FSH; TSH suprimida, resistencia a la hormona del crecimiento y niveles elevados de cortisol (Garfinkel et al., 1995).<sup>93</sup>

En la AN el volumen cerebral se reduce. Existen pequeños estudios longitudinales, que han examinado los cambios estructurales en el cerebro de los adolescentes después del aumento de peso total. Ambos encontraron déficits persistentes en la materia gris, aunque hubo recuperación de la materia blanca, principalmente axones mielinizados. Esto apoya el hallazgo de déficits de materia gris en personas que se han recuperado completamente de su trastorno alimentario (Lambe, Katzman, Mikulis, Kennedy & Zipursky, 1997).<sup>94</sup>

---

<sup>91</sup> El objetivo del presente estudio fue evaluar la composición corporal en un grupo de pacientes desnutridas con anorexia nerviosa restrictiva, respecto de controles sanas, antes y después de un soporte nutricional específico, mediante la aplicación de dos métodos de análisis distintos útiles en la práctica clínica diaria, antropometría y bioimpedancia.

<sup>92</sup> Según los autores, los trastornos de la conducta alimentaria son comunes en mujeres jóvenes con una prevalencia estimada de entre 4-5%. La pérdida de masa ósea es una complicación física de la anorexia nerviosa y trastorno alimentario no especificado.

<sup>93</sup> Los estudios epidemiológicos previos de bulimia nerviosa han generado diferentes estimaciones de la incidencia y la prevalencia del trastorno. Estas diferencias son atribuibles, en parte, a diversas definiciones de la enfermedad y una gama de metodologías. Los autores intentaron definir la prevalencia de la bulimia nerviosa en una muestra comunitaria no clínica, examinar la importancia clínica de los criterios de umbral del DSM-III-R y examinar la comorbilidad.

<sup>94</sup> Se han observado cambios estructurales en los cerebros de pacientes de bajo peso con anorexia nerviosa (AN), que incluyen volúmenes aumentados de líquido cefalorraquídeo (LCR) y volúmenes reducidos de materia gris y materia blanca. Planteamos la hipótesis de que los sujetos a los que se recupera el peso de AN mostrarían volúmenes elevados de LCR y volúmenes reducidos de materia gris en comparación con los controles

## CAPÍTULO 1: TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y ESTADO NUTRICIONAL

La BN se caracteriza por episodios recurrentes de atracones y, en segundo lugar, por un comportamiento compensatorio, ya sea, vómitos, purgas, ayunos o ejercicios o una combinación de estos; para prevenir el aumento de peso. Comer en exceso está acompañado por una sensación de pérdida de control sobre la alimentación. Pueden ocurrir vómitos autoinducidos y ejercicio excesivo, así como el mal uso de laxantes, diuréticos, tiroxina, anfetamina u otros medicamentos. Al igual que en la AN, la autoevaluación está indebidamente influenciada por la forma y el peso del cuerpo, y puede haber existido un episodio anterior de AN. En la BN, el IMC se mantiene por encima de 17,5 kg/m<sup>2</sup>, en adultos y su equivalente en niños y adolescentes (2002).<sup>95</sup>

Al igual que en la AN, el diagnóstico depende de la obtención de un historial respaldado, según corresponda, por la explicación corroborativa de un padre o familiar. Esto requerirá un estilo de entrevista empático, de apoyo, sin prejuicios en el que la persona pueda revelar sus síntomas y comportamientos. Aquellos que presentan BN, en general tienen menos complicaciones físicas graves que las que tienen AN. Comúnmente reportan mayores quejas físicas de fatiga, letargo o sensación de hinchazón, y pueden sufrir estreñimiento, dolor abdominal y, en ocasiones, hinchazón de las manos y los pies o menstruación irregular. También puede haber erosión del esmalte dental en la cual se afecta principalmente la superficie lingual de los dientes superiores (Raymond, Mussell, Mitchell, Crosby & Zwaanp, 1995).<sup>96</sup>

El examen físico suele ser normal, aunque las glándulas salivales pueden estar agrandadas. Se pueden encontrar callos en el dorso de la mano; como consecuencia del uso de la mano para estimular el reflejo nauseoso e inducir el vómito. El edema es común en quienes han usado laxantes o diuréticos, mientras que estos comportamientos también conducen a la pérdida de líquidos y la consiguiente deshidratación, lo que a su vez puede resultar en una alcalosis metabólica. Esto suele ir acompañado de hipocloremia e hipopotasemia. En general, alrededor del 10 por ciento de las personas con BN se detectaron anomalías en los electrolitos en el examen de rutina. La acidosis metabólica también puede ocurrir en pacientes que abusan de laxantes como resultado de la pérdida de bicarbonato del intestino. Con menos frecuencia, se puede desarrollar hiponatremia,

---

<sup>95</sup> El Real Colegio de Psiquiatras ofrece asesoramiento a los responsables de la formación y certificación de psiquiatras en el Reino Unido. Además de publicar muchos libros y producir varias revistas, el Colegio produce, para el público, información sobre problemas de salud mental.

<sup>96</sup> El propósito de este estudio fue comparar los datos de un grupo de sujetos obesos con trastorno por atracones, con los datos de un grupo de sujetos con bulimia nerviosa de peso normal.

## CAPÍTULO 1: TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y ESTADO NUTRICIONAL

hipocalcemia, hipofosfatemia e hipomagnesemia (Raymond, Mussell, Mitchell, Crosby & Zwaanp, 1995).<sup>97</sup>

Es importante el diagnóstico y tratamiento precoz de estos pacientes, ya que con frecuencia se cronifican y ocasionan secuelas físicas irreversibles. Los TCA pueden inducir graves repercusiones nutricionales que, por un lado, interfieren en el tratamiento psicológico y, por otro, ponen en peligro la vida del paciente. Es necesario avanzar en estrategias más adecuadas de prevención e intervención, así como, estudios controlados de pacientes con recuperación completa o parcial, que ayudarán a diferenciar los factores que contribuyen al mantenimiento de la enfermedad para diseñar programas de tratamiento adecuados (Madruga Acerete, Leis Trabazo, Lambruschini Ferri, 2013).<sup>98</sup>

---

<sup>97</sup> En el estudio, los sujetos se compararon mediante el Cuestionario de trastornos de la alimentación (EDQ), el Inventario de trastornos de la alimentación (EDI), el Cuestionario de trastornos de la personalidad para el DSM-III-R (PDQ-R), las Escalas de clasificación de ansiedad y depresión de Hamilton y el Inventario de depresión de Beck.

<sup>98</sup> Rosaura Leis Trabazo es médica Pediatra. Ha sido Profesora y coordinadora de la Unidad de Nutrición Pediátrica del CHUS, la Unidad de Pediatría del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.

▲ 2018  
UNIVERSIDAD  
FASTA

# CAPÍTULO 2

*Trastornos de la personalidad*

SOFÍA DE LA O

—

*Licenciatura en  
Nutrición*



## CAPÍTULO 2: TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Los trastornos mentales, también denominados neuropsiquiátricos y del comportamiento, se han convertido en una verdadera preocupación no sólo para las personas que los padecen sino también para sus familiares, los prestadores de servicios y para todas las personas e instituciones involucradas en este campo. Actualmente se calcula que 450 millones de personas en el mundo padecen alguna forma de trastorno mental, que les genera sufrimiento e incapacidad. Aproximadamente de 121 a 150 millones de ellos sufren depresión; entre 70 y 90 millones padecen trastornos por el abuso de alcohol o diversas drogas; de 24 a 25 millones sufren esquizofrenia; 37 millones tienen demencia, un millón de personas se suicidan cada año y entre 10 y 20 millones intentan suicidarse (Valencia Collazos, 2007).<sup>99</sup>

Una de cada 4 personas se verá afectada por algún trastorno mental en su vida según estadísticas de la OMS, publicadas en 2001. Se calcula que una de cada 4 familias en el mundo tiene un miembro con algún trastorno mental (Saraceno, 2004).<sup>100</sup>

Se considera a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. En este sentido positivo, es considerada el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad. En este concepto, el bienestar mental aparece como un componente importante de la salud integral. En conjunto con el bienestar son fundamentales para nuestra capacidad colectiva e individual de pensar, manifestar sentimientos, interactuar con los demás, ganar el sustento y disfrutar de la vida (OMS, 2018)<sup>101</sup>.

La salud mental es un estado de bienestar en el cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de enfrentarse con los estresantes normales de la vida, pueden trabajar de una manera productiva y fructífera y hacer contribuciones en sus comunidades.

---

<sup>99</sup> El autor considera que la celebración del 10 de octubre como el Día Mundial de la Salud Mental puede servir como ocasión propicia para tener un momento de reflexión sobre los principales problemas de la salud mental, de tal manera que se pueda adquirir conciencia de su dimensión, así como revisar diversas recomendaciones propuestas por organismos internacionales con el propósito de lograr mejorías en este campo.

<sup>100</sup> En este artículo se reconoce la exclusión de las personas con trastornos mentales como un fenómeno universal que debe combatirse. Luchar contra la exclusión es una condición previa para la atención. No se puede enmarcar una atención creíble dentro de la exclusión. Se pone de manifiesto la necesidad una conexión entre el conocimiento científico, empírico y ético, si se pretenden ofrecer respuestas que sean humanas, éticamente aceptables, culturalmente adaptadas y rentables.

<sup>101</sup> Se calcula que aproximadamente el 20% de los niños y adolescentes del mundo tienen trastornos o problemas mentales. Cerca de la mitad de los trastornos mentales se manifiestan antes de los 14 años. En todas las culturas se observan tipos de trastornos similares. Los trastornos neuropsiquiátricos figuran entre las principales causas de discapacidad entre los jóvenes. Sin embargo, las regiones del mundo con los porcentajes más altos de población menor de 19 años son las que disponen de menos recursos de salud mental. La mayoría de los países de ingresos bajos y medios cuenta con un solo psiquiatra infantil por cada millón a cuatro millones de personas.

## CAPÍTULO 2: TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Está determinada por múltiples factores sociales, psicológicos y biológicos. La indebida salud mental puede estar asociada a los cambios sociales rápidos, a las condiciones de trabajo estresantes, a la discriminación de género, a la exclusión social, a los modos de vida poco saludables, a los riesgos de violencia y mala salud física y a las violaciones de los derechos humanos. También hay factores de la personalidad y psicológicos específicos que hacen que una persona sea más vulnerable a los trastornos mentales. Dichos trastornos también tienen causas de carácter biológico, dependientes, por ejemplo, de factores genéticos o de desequilibrios bioquímicos cerebrales. La prevalencia de los trastornos mentales continúa aumentando, causando efectos considerables en la salud de las personas y graves consecuencias a nivel socioeconómico, así como también en el ámbito de los derechos humanos en todos los países (OMS, 2018).<sup>102</sup>

El interés por los TP tiene un largo pasado y una historia reciente. Fueron cuatro, los temperamentos que describió Hipócrates: el pesimista, melancólico; el abiertamente optimista, sanguíneo; el irritable, colérico; y el apático, flemático. Fueron los primeros griegos quienes teorizaron que el temperamento estaba determinado por la proporción relativa de los cuatro humores corporales como: bilis negra, sangre, bilis amarilla, y la flema, respectivamente; aquí es cuando comienzan a reflejarse los actuales intentos por descubrir las bases biogenéticas de la personalidad. Tipos más específicos de la personalidad fueron descritos a inicios del siglo XX. Janet<sup>103</sup> y Freud<sup>104</sup>, describieron los rasgos psicológicos asociados con la histeria, el precursor del trastorno histriónico de la personalidad (Hales, Yudofsky & Talbott, 1996).<sup>105</sup>

---

<sup>102</sup> En 2013 la OMS presenta el Plan de Acción sobre la Salud Mental. El presente plan de acción integral reconoce la función esencial de la salud mental en la consecución de la salud de todas las personas. Está enfocado desde el punto de vista de la totalidad del ciclo de vida, pretende alcanzar la equidad a través de la cobertura sanitaria universal, y hace hincapié en la importancia de la prevención. Se fijan cuatro objetivos principales: liderazgo y gobernanza más eficaces en materia de salud mental; prestación de servicios integrales e integrados de salud mental y asistencia social con base en la comunidad; aplicación de estrategias de promoción y prevención; y fortalecimiento de los sistemas de información, las evidencias y la investigación. Aunque las metas de este plan de acción son ambiciosas, la OMS y sus Estados Miembros están comprometidos con su consecución.

<sup>103</sup> Pierre Janet (1859-1947), fue un psicólogo y neurólogo francés que hizo importantes contribuciones al estudio moderno de los desórdenes mentales y emocionales, como la ansiedad, las fobias y otros comportamientos anormales.

<sup>104</sup> Sigmund Freud (1856-1939) fue un médico neurólogo austriaco de origen judío, padre del psicoanálisis y una de las mayores figuras intelectuales del siglo XX.

<sup>105</sup> El interés clínico y la investigación de los trastornos de la personalidad han crecido enormemente desde 1980 cuando estos trastornos fueron ubicados en un eje independiente del DSM-III. El siguiente período ha evidenciado estrategias terapéuticas más específicas y una mejor comprensión del pronóstico y etiología de estos trastornos.

## CAPÍTULO 2: TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Se le ha atribuido a Pinel<sup>106</sup>, la primera descripción de lo que ahora se llaman trastornos de personalidad, al diferenciar una serie de cuadros clínicos del resto de las enfermedades mentales e incluirlos en la *manie sans delire*<sup>107</sup>. Eran personas propensas a las conductas súbitas y violentas. Se describieron tipos de personalidad basados en la teoría psicoanalítica a principios del siglo, haciendo referencia a las fases del desarrollo psicosexual y luego basándose en las relaciones objetales y finalmente en la psicología del yo. Kraepelin<sup>108</sup>, hacia 1920, acuñó el término "personalidad psicopática" y junto con Kretschmer<sup>109</sup> defendió que los tipos de personalidad estaban relacionados con la paranoia y la enfermedad maniacodepresiva desde un punto de vista genético. Schneider<sup>110</sup> estableció la categorización de los diferentes trastornos de personalidad, y definió las personalidades anómalas como variantes que se ven muy influidas por las experiencias personales. Describió diez tipos de personalidades psicopáticas y determinó que los trastornos de personalidad eran consecuencia de una exageración patológica de rasgos normales de personalidad (Bennasar, Arroyo y Gómez, 2000).<sup>111</sup>

De acuerdo con el DSM-I, publicado por (APA, 1952), los trastornos de la personalidad constituían rasgos que no funcionaban bien bajo situaciones estresantes y conducían a una conducta rígida e inadaptada y no como patrones crónicos o estables. El DSM-II (APA, 1968) enfatizó que los trastornos de la personalidad incluían tanto una conducta socialmente desviada, como también aflicción y deterioro en el funcionamiento de estos individuos. En el DSM-III es donde hacen su aparición los mayores cambios en la clasificación y conceptualización de los trastornos de la personalidad. Se produjo una

---

<sup>106</sup> Philippe Pinel (1745-1826) fue un médico francés dedicado al estudio y tratamiento de las enfermedades mentales. Pertenece al grupo de pensadores que constituyeron la clínica médica como observación y análisis sistemático de los fenómenos perceptibles de la enfermedad.

<sup>107</sup> Pinel había descrito enfermedades mentales de locura solo parcial, afectiva. Su concepto *Manie sans délire*, se refería a la locura sin engaño. Es decir, se creía que el paciente estaba loco en un área solamente y, por lo tanto, la personalidad del individuo podía distorsionarse, pero sus facultades intelectuales estaban intactas.

<sup>108</sup> Emil Kraepelin (1856-1926) fue un psiquiatra alemán. Ha sido considerado como el fundador de la psiquiatría científica moderna, la psicofarmacología y la genética psiquiátrica. Kraepelin definió que las enfermedades psiquiátricas son causadas principalmente por desórdenes biológicos y genéticos. Sus teorías dominaron el campo de la psiquiatría a principios del siglo XX.

<sup>109</sup> Ernst Kretschmer (1888-1964) fue un médico psiquiatra y neurólogo alemán. En 1929 estuvo nominado al Premio Nobel de Fisiología o Medicina.

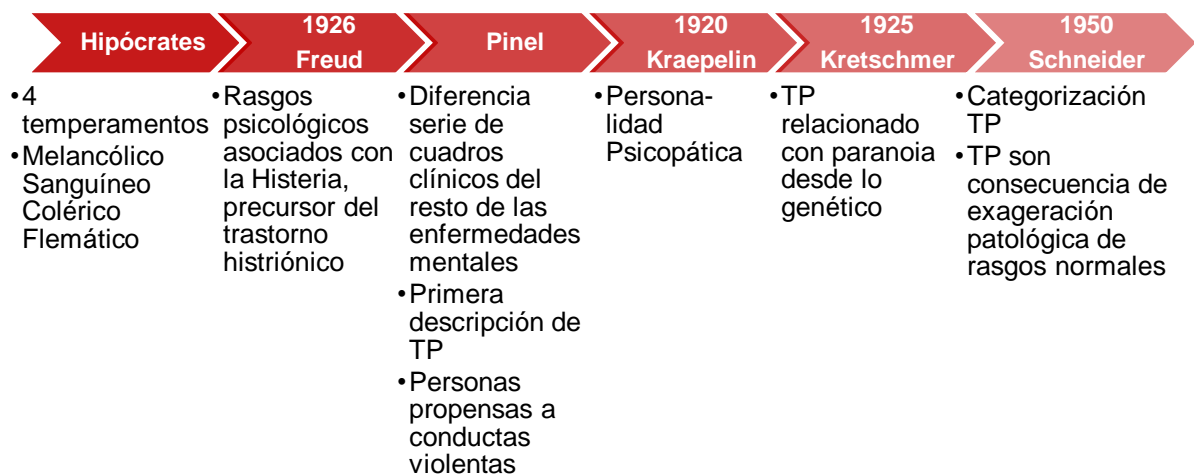
<sup>110</sup> Kurt Schneider (1887-1967) fue un psiquiatra alemán conocido principalmente por sus trabajos sobre el diagnóstico de la esquizofrenia.

<sup>111</sup> Miguel Bernardo Arroyo. Especialista en Psiquiatría y doctor en Medicina por la Universidad de Barcelona. Director de trece tesis doctorales. Ha publicado 19 libros. Es autor de más de 200 artículos en revistas científicas con un factor de impacto superior a 500. Participa activamente en numerosos congresos nacionales e internacionales, y en cursos y actividades docentes.

## CAPÍTULO 2: TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

notable modificación del sentido psicoanalítico inicial hacia una aproximación descriptiva. Criterios diagnósticos específicos fueron agregados, y los trastornos de la personalidad se localizaron en un eje separado, destacando su importancia. Los cambios del DSM-III-R (APA,1987) y del DSM-IV estaban dirigidos a incrementar la validez de las categorías de los trastornos de la personalidad. Si bien las descripciones actuales del DSM intentan representar una síntesis ideal entre la clínica y lo experimental, estas descripciones probablemente continúen evolucionando con el tiempo (Hales, Yudofsky & Talbott, 1996).<sup>112</sup>

**Figura N°1:** Trastornos de Personalidad, miradas desde la antigüedad



Fuente: Elaboración propia

Hamer (1998)<sup>113</sup>, como se citó en González Macías, Unikel, Cruz y Caballero, (2003)<sup>114</sup> define la personalidad como la suma total de las características mentales, emocionales, sociales y físicas de un individuo: es la forma de reaccionar ante los demás, de comunicarse, de pensar y de comunicar las emociones.

<sup>112</sup> La idea de un Tratado de psiquiatría escrito por numerosos autores y editado por la American Psychiatric Press, en un solo volumen, tomó forma en 1985 en el American Psychiatric Association Annual Meeting, en Dallas, Texas. Completo y de orientación clínica en un sólo volumen, para uso tanto del psiquiatra clínico como para el residente de esta especialidad.

<sup>113</sup> Dean Hamer es conocido por su investigación sobre el papel de la genética en la orientación sexual y el comportamiento humano, las contribuciones a la biotecnología y la prevención del VIH/SIDA, y libros populares y documentales sobre una amplia gama de temas.

<sup>114</sup> Investigaciones actuales consideran a los rasgos de personalidad, de acuerdo con su intensidad y forma de expresión, como factores importantes, que influyen en la conducta alimentaria, y determinantes para el origen, la evolución, el pronóstico y el tratamiento. El objetivo de este trabajo es describir las características de la personalidad que pudieran condicionar la conducta alimentaria y su comorbilidad con otros padecimientos psiquiátricos.

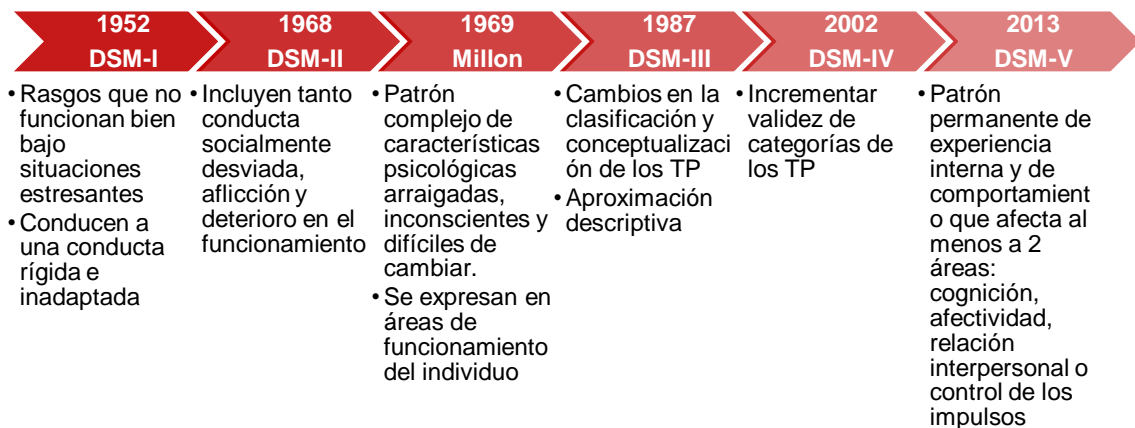
## CAPÍTULO 2: TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

De acuerdo con Theodore Millon<sup>115</sup>, la personalidad se concibe actualmente como un patrón complejo de características psicológicas profundamente arraigadas, que son en su mayor parte inconscientes y difíciles de cambiar, y se expresan automáticamente en casi todas las áreas de funcionamiento del individuo. Estos rasgos intrínsecos y generales surgen de una complicada matriz de determinantes biológicos y aprendizajes, y en última instancia comprende el patrón identificatorio e idiosincrático (Blanco y Moreno, 2007)<sup>116</sup>

Según el DSM-5 (2013)<sup>117</sup>, y a similitud del DSM-IV-TR (2002)

*“Un TP es considerado como un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que afecta al menos a dos de estas áreas: cognición, afectividad, relación interpersonal o control de los impulsos; es un fenómeno generalizado y poco flexible; tiene un comienzo en la adolescencia o en el inicio de la edad adulta; es estable en el tiempo; y da lugar a malestar o deterioro. En último término, un TP supone un fracaso en la adaptación en el plano de la identidad propia y en el de las relaciones interpersonales”.*

**Figura N°2:** Cambios en el concepto de Trastornos de la Personalidad



Fuente: Elaboración propia

<sup>115</sup> Theodore Millon (1928-2014) fue un psicólogo estadounidense pionero en la investigación sobre la personalidad. Autor de una treintena de libros y de más de 200 artículos. Fue premiado en el año 2003 por la Asociación Americana de Psicólogos por su carrera profesional y la Fundación Americana de Psicología instituyó el Premio Theodore Millon para investigadores de la personalidad.

<sup>116</sup> En este artículo se mencionan trastornos graves del carácter constitutivo y de las tendencias comportamentales del individuo, que normalmente afectan a varios aspectos de la personalidad y se manifiestan como modalidades estables de respuestas a un amplio espectro de situaciones individuales y sociales.

<sup>117</sup> La publicación del DSM-V aporta novedades con respecto a la codificación, clasificación y diagnóstico de los trastornos mentales, que tienen amplios efectos sobre muchas especialidades.

## CAPÍTULO 2: TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Un trastorno de personalidad puede considerarse como un patrón generalizado de conductas, cogniciones y afectos que es inflexible, comienza en la adolescencia o al inicio de la vida adulta, es estable en el tiempo y genera estrés o daño psicológico (Esbec y Echeburúa, 2015).<sup>118</sup>

**Cuadro N°4:** Trastornos de la Personalidad. Criterios diagnósticos generales DSM-IV-TR

<p><b>A.</b> Un patrón de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, en dos o más:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Cognición</li><li>- Afectividad</li><li>- Actividad interpersonal</li><li>- Control de los impulsos</li></ul>
<p><b>B.</b> Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales,</p>
<p><b>C.</b> Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p>
<p><b>D.</b> El patrón es estable y de larga duración y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.</p>
<p><b>E.</b> El patrón persistente no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental.</p>
<p><b>F.</b> El patrón persistente no es debido a los efectos directos fisiológicos de una sustancia ni a una enfermedad médica.</p>

Fuente: Adaptado de Peris<sup>119</sup> y Balaguer<sup>120</sup> (2010)

La prevalencia de los TP es ligeramente superior en poblaciones urbanas y en algunos entornos socioeconómicamente más problemáticos, marginales o poco estructurados. Desde el punto de vista de la edad, los TP tienden a presentarse en la infancia y adolescencia y a persistir durante la edad adulta. Por esta razón, es probable que un diagnóstico de TP sea adecuado antes de los 16-17 años. Existe un ligero descenso en

<sup>118</sup> Enrique Echeburúa. Psicólogo español. Es conocido por su labor de investigación dentro del campo de las adicciones, tanto en su diagnóstico como en su prevención y tratamiento. Además, ha publicado varios libros de divulgación así como ensayos académicos.

<sup>119</sup> Lola Peris. Servicio de Psiquiatría Hospital Universitario Mútua de Terrassa. Barcelona.

<sup>120</sup> Ariadna Balaguer Servicio de Psiquiatría Hospital Universitario Mútua de Terrassa. Barcelona.

## CAPÍTULO 2: TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

los grupos de mayor edad, pudiéndose deber al papel modificador de factores madurativos, encontrando la mayor prevalencia en la edad media de la vida (Blanco y Moreno, 2007).<sup>121</sup>

Quienes padecen trastornos de la personalidad se apartan de su entorno, y no tienen la capacidad de integrar los aspectos cognoscitivos, afectivos o interpersonales, que son vitales para una buena adaptación. Estos rasgos se tornan inflexibles e impiden que el individuo pueda adaptarse al medio causando deterioro y malestar para su vida (González Macías et al., 2003).<sup>122</sup>

En el modelo de Millon, se entienden la “normalidad” y la “patología” como conceptos relativos, como puntos representativos dentro de un continuo, no como categorías nominales discretas. No hay una línea divisoria estricta entre las dos. La personalidad normal y la patológica comparten los mismos principios y mecanismos de desarrollo; las personalidades del mismo tipo sean normales o patológicas, son esencialmente las mismas en cuanto a los rasgos básicos que las componen. La diferencia fundamental es que las personalidades “normales” son más flexibles cuando se adaptan a su entorno, mientras que las personalidades con trastornos muestran conductas mucho más rígidas y muy poco adaptativas (Cardenal, Sánchez y Ortiz Tallo, 2007).<sup>123</sup>

Estos trastornos se relacionan con problemas en el aprendizaje de estrategias de afrontamiento efectivas ante las dificultades de la vida cotidiana, generando conflictos y limitaciones tanto a nivel social como laboral. Son estables en el tiempo y reflejan alteraciones globales en la persona<sup>124</sup> (Echeburúa y Marañón, 2001).

---

<sup>121</sup> En este artículo, los autores realizan una revisión del concepto de personalidad y del modelo de personalidad según Millon.

<sup>122</sup> En este artículo se reúne la información que existe sobre los factores de personalidad implicados en la patogénesis de los trastornos de la conducta alimentaria; estos últimos se han relacionado con rasgos obsesivos, histéricos e impulsivos. Investigaciones actuales consideran a los rasgos de personalidad, como factores importantes, que influyen en la conducta alimentaria, y determinantes para el origen, la evolución, el pronóstico y el tratamiento. El objetivo de este trabajo es describir las características de la personalidad que pudieran condicionar la conducta alimentaria y su comorbilidad con otros padecimientos psiquiátricos. En conclusión, se encontró un alto porcentaje de factores de riesgo de la personalidad para desarrollar anorexia nervosa o bulimia nervosa; algunos de éstos se relacionan con otros trastornos psiquiátricos.

<sup>123</sup> Se muestran en este artículo las líneas fundamentales que guían el modelo de estilos de personalidad y de trastornos de personalidad de Theodore Millon: la utilización de una perspectiva teórica integradora, su insistencia en el continuo “normalidad/patología” y la incorporación de los principios de la Teoría de la Evolución.

<sup>124</sup> En este artículo se presenta una revisión sobre el estado actual de la comorbilidad entre las alteraciones de la conducta alimentaria y los trastornos de personalidad. Cuando hay una comorbilidad entre un trastorno de la conducta alimentaria y un trastorno de la personalidad, suelen aparecer además otros síntomas psicopatológicos como depresión, ansiedad.



## CAPÍTULO 2: TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Se entiende por Personalidad normal a los diferentes tipos de adaptación que resultan adecuados en entornos normales. En cambio, los Trastornos de Personalidad son estilos de funcionamiento inadaptados, que pueden deberse a deficiencias, desequilibrios o conflictos en la capacidad para relacionarse con el medio habitual. Entonces, la personalidad normal y saludable se caracteriza porque: tiene capacidad para relacionarse con su entorno de forma flexible y adaptativa; las percepciones sobre sí mismo y su entorno son constructivas; los estilos de su conducta son promotores de salud. Mientras que la personalidad con trastornos: afronta las responsabilidades y las relaciones con inflexibilidad y con conductas desadaptativas; tiene percepciones sobre sí mismo y sobre el entorno frustrantes; los patrones de conducta predominantes tienen efectos negativos sobre la salud (Cardenal, Sánchez y Ortiz Tallo, 2007).<sup>125</sup>

Los TP son alteraciones severas de la personalidad y de las tendencias comportamentales del individuo, que no son consecuencia directa de una enfermedad, daño o alguna otra alteración del cerebro, o de una enfermedad psiquiátrica. Normalmente abarcan diversas áreas de la personalidad y casi siempre van asociadas con una tensión subjetiva y dificultades de adaptación social. Suelen estar presentes desde la infancia o la adolescencia y persisten en la vida adulta (CIE-10, 1996).<sup>126</sup>

Asimismo, se distinguen los trastornos específicos y las transformaciones de la personalidad. Los Trastornos específicos aparecen principalmente durante la infancia o la adolescencia, se caracterizan por persistir en la madurez y no son consecuencia de otros trastornos. La Transformación de la personalidad emerge en la adultez luego de la recuperación de una situación estresante. En ambos casos el individuo presiente que se encuentra en una situación trágica y se evidencia el deterioro personal laboral y/o social (Sánchez García, 1990).<sup>127</sup>

---

<sup>125</sup> Se presentan en este artículo las líneas fundamentales que guían el modelo de estilos de personalidad y de trastornos de personalidad de Theodore Millon: la utilización de una perspectiva teórica integradora, su insistencia en el continuo “normalidad/patología” y la incorporación de los principios de la Teoría de la Evolución.

<sup>126</sup> Incluye trastornos graves del carácter constitutivo y de las tendencias comportamentales del individuo, que normalmente afectan a varios aspectos de la personalidad y que casi siempre se acompañan de alteraciones personales y sociales considerables.

<sup>127</sup> Según el autor, el diagnóstico de trastorno de la personalidad es difícil y suele crear problemas al médico no especialista y al estudiante, debiendo no ser así de elaborarse una historia integral. En la actualidad, el problema se resuelve recurriendo a los criterios diagnósticos contenidos en los modernos sistemas de clasificación.



## CAPÍTULO 2: TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Echeburúa, Salaberría y Cruz-Sáez (2014)<sup>128</sup> como se citó en Esbec y Echeburúa (2014)<sup>129</sup> señalan que se incluyen dos tipos de definiciones y de sistemas de valoración para los TP, en el DSM-V. Por un lado, en la Sección II, clasificación oficial, se presenta una definición categorial de los TP, con cierta semejanza a la anterior del DSM-IV-TR, que abarca los diez trastornos específicos tradicionales, más algunos especificados y otro no especificado. Por otra parte, en la Sección III, destinada a los trastornos que aún requieren estudio, se propone una definición basada en rasgos de personalidad y en el funcionamiento de esta, de valoración dimensional, que incluye seis tipos específicos de personalidad: esquizotípico, límite, antisocial, narcisista, obsesivo-compulsivo y ansioso-evitativo; cuya tipificación requiere la evaluación de 25 rasgos de personalidad los cuales se incluyen en 5 dimensiones de orden superior.

**Cuadro N°5:** Criterios generales y categorías diagnósticas de los TP según DSM-V (sección III)

CRITERIOS	CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS
<b>A.</b> Deterioro moderado o grave en el funcionamiento (propio/interpersonal) de la personalidad.	Trastorno antisocial de la personalidad.
<b>B.</b> Uno o más rasgos de personalidad patológicos.	Trastorno de la personalidad por evitación.
<b>C.</b> Rasgos y deterioro en el funcionamiento relativamente permanentes e inflexibles en diferentes situaciones sociales y personales.	Trastorno límite de la personalidad.
<b>D.</b> Relativamente estables en el tiempo. Comienzo en la adolescencia o en el inicio de la edad adulta.	Trastorno narcisista de la personalidad.
<b>E.</b> No explicados mejor por otro trastorno mental.	Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo.
<b>F.</b> No atribuibles a sustancias adictivas o a enfermedades médicas.	Trastorno esquizotípico.
<b>G.</b> No comprendidos mejor por la edad (desarrollo) o el entorno sociocultural.	Trastorno de la personalidad de rasgo especificado.

Fuente: Esbec y Echeburúa (2015)

<sup>128</sup> Según los autores, se requiere una sólida formación clínica para establecer un diagnóstico en el DSM-V porque los criterios establecidos se refieren a síntomas, conductas, funciones cognitivas, signos físicos y combinaciones de síntomas que es preciso discriminar con precisión de lo que son los cambios en la vida cotidiana, la adaptación a las diversas fases del ciclo evolutivo o las respuestas transitorias a las situaciones de estrés.

<sup>129</sup> Los autores indican la importancia de evaluar los trastornos de personalidad en el paciente porque tienen una influencia en el manejo y pronóstico terapéutico del caso clínico.

## CAPÍTULO 2: TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Frecuentemente, los TP se consideran exageraciones de los rasgos normales de la personalidad y si bien están condicionados genéticamente, siempre interactúan con factores psicosociales y contextuales. Dichos rasgos sólo constituyen TP cuando son inflexibles y desadaptativos, omnipresentes, de inicio precoz, resistentes al cambio y cuando causan un deterioro funcional significativo. Las veinticinco facetas que se agrupan en los cinco dominios de la personalidad de orden superior: Afectividad negativa, Desapego, Antagonismo, Desinhibición y Psicoticismo; se utilizan para componer los TP en distintas categorías (Esbec y Echeburúa, 2015).<sup>130</sup>

Los rasgos de personalidad, de acuerdo con el DSM-V (2013)<sup>131</sup>, son maneras de sentir, percibir, comportarse y pensar, que se mantienen a través del tiempo y las situaciones. No obstante, los niveles de rasgos pueden cambiar y cambian a lo largo de la vida. Algunas variaciones acompañan a la maduración, mientras que otras reflejan las experiencias de vida específicas de los individuos.

En el DSM-V (2013)<sup>132</sup>

*“Los TP se distribuyen en tres grupos basados en las similitudes descriptivas. El grupo A está compuesto por los trastornos de la personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípica. Los individuos con estos trastornos suelen mostrarse raros o excéntricos. El grupo B se compone de los trastornos de la personalidad antisocial, límite, histriónica y narcisista. Las personas de este grupo se caracterizan por ser exageradamente dramáticas, emocionales o erráticas. El grupo C aglutina los trastornos de la personalidad evitativa, dependiente y obsesivo-compulsiva. Los individuos con estos trastornos suelen ser ansiosos o temerosos”.*

---

<sup>130</sup> Según los autores, APA no se ha atrevido a hacer un cambio brusco en el DSM-V y, ha querido asegurar una transición suave desde el DSM-IV, por lo que ha recurrido a un modelo híbrido de dos sistemas de valoración para los TP.

<sup>131</sup> Un rasgo es una tendencia o disposición hacia comportamientos específicos; un comportamiento específico, a su vez, puede ser la manifestación de un rasgo.

<sup>132</sup> El enfoque diagnóstico utilizado en este manual representa la perspectiva categorial de que los trastornos de la personalidad son síndromes clínicos cualitativamente distintos. Una alternativa al enfoque categórico es la perspectiva dimensional que considera los trastornos de la personalidad como variaciones desadaptativas de los rasgos de la personalidad, que se mezclan imperceptiblemente con la normalidad y entre ellos.

## CAPÍTULO 2: TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Este enfoque híbrido, categorial-dimensional, puede facilitar la evaluación de la gravedad de los TP. Algunos son considerados más graves a nivel categorial, pero también se pueden cuantificar dimensionalmente, por ejemplo, el nivel de funcionamiento o la gravedad de los rasgos desadaptativos (Esbec y Echeburúa, 2015).<sup>133</sup>

---

<sup>133</sup> En este artículo, se realiza un análisis crítico sobre el enfoque híbrido para el diagnóstico de los TP. Los autores lo consideran complejo y refieren que se necesita mayor evidencia empírica para ser incorporado a la práctica clínica. Se incluyen asimismo las propuestas del borrador de la CIE-11 para los TP, basadas fundamentalmente en los grados de gravedad y en los rasgos de personalidad dominantes.

DISE  
ÑO  
M.

*Diseño metodológico*

▲ 2018  
UNIVERSIDAD  
FASTA

SOFÍA DE LA O

—

*Licenciatura en  
Nutrición*

El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo, ya que se evaluarán los aspectos a estudiar. De esta manera se podrán medir las variables: trastornos de la conducta alimentaria (TCA), patrones de consumo, estado nutricional y perfil sociodemográfico, de los pacientes con diagnóstico de Trastorno de la Personalidad (TP) que asisten a consultorios externos de una Clínica Psiquiátrica de Necochea, y de esta manera obtener información sobre lo que sucede en la población de estudio.

Con respecto a la ubicación temporal el estudio será transversal, ya que las mediciones se realizarán en un único momento temporal, y no habrá continuidad en el eje del tiempo.

Se obtiene información sobre el estado nutricional, mediante el IMC, la circunferencia de cintura y la sumatoria de pliegues cutáneos; se evalúa el riesgo de desarrollar conductas erróneas en la alimentación, mediante el cuestionario Eating Attitudes Test 40 (EAT 40); los patrones de consumo mediante un cuestionario de frecuencia de consumo y una encuesta nutricional y el perfil sociodemográfico a través de una serie de preguntas de opción múltiple.

La población está compuesta por todos los hombres y mujeres, con diagnóstico de Trastorno de la Personalidad, que asisten a consultorios externos de una Clínica Psiquiátrica, de la ciudad de Necochea.

La muestra es seleccionada en forma no probabilística por conveniencia con evaluación de 20 pacientes con diagnóstico de Trastorno de la Personalidad que asisten a consultorios externos de una Clínica Psiquiátrica, de la ciudad de Necochea.

La unidad de análisis es cada uno de los hombres y mujeres con diagnóstico de Trastorno de la Personalidad, que asisten a los consultorios externos de una Clínica Psiquiátrica, de la ciudad de Necochea.

Las variables que se estudiarán para llevar a cabo dicho trabajo de investigación y cumplir con los objetivos propuestos son:

### **Sexo**

#### Definición conceptual:

Se expresa como femenino- masculino.

#### Definición operacional:

Se obtendrá expresado como Femenino-Masculino de los pacientes con diagnóstico de Trastornos de la Personalidad que asisten a consultorios externos de una Clínica

Psiquiátrica de la ciudad de Necochea. Se obtendrá a través de una encuesta expresado en femenino-masculino.

### **Edad**

#### Definición conceptual:

Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento, expresado en años.

#### Definición operacional:

Tiempo que han vivido desde su nacimiento, expresado en años, los pacientes con diagnóstico de Trastorno de la Personalidad, que asisten a consultorios externos de una Clínica Psiquiátrica de la ciudad de Necochea. Los datos son obtenidos a través de la encuesta cara a cara con pregunta abierta.

### **Ocupación**

#### Definición conceptual:

Conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio u ocupación, independientemente de la rama de actividad donde aquella se lleve a cabo y de las relaciones que establezca con los demás agentes productivos y sociales (Belchí García, 2012).<sup>134</sup>

#### Definición operacional:

Conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio u ocupación, independientemente de la rama de actividad donde aquella se lleve a cabo y de las relaciones que establezca con los demás agentes productivos y sociales. Se obtendrá por medio de una encuesta cara a cara, realizada a los pacientes con diagnóstico de Trastorno de la Personalidad que asisten a consultorios externos de una Clínica Psiquiátrica de Necochea. Se considera Ocupado/ Desocupado/ Jubilado o Pensionado/ Estudiante/ Otra Situación.

### **Nivel de instrucción**

#### Definición conceptual:

Grado más alto completado, dentro del nivel más avanzado que se ha cursado, de acuerdo con las características del sistema educacional del país, considerando tanto los

---

<sup>134</sup> La ocupación se caracteriza por disponerse de forma entrelazada, diacrónica y continua. Constituyendo mapas globales de ocupaciones, donde el motivo, la forma y el objetivo de las mismas van variando por influencia directa y constante de las dimensiones temporales, sociales, culturales, personales y físicas.

niveles primario, secundario, terciario y universitario del sistema educativo no reformado, como la categorización del sistema educativo reformado.

Definición operacional:

Grado más alto completado, dentro del nivel más avanzado que se ha cursado, de acuerdo con las características del sistema educacional del país, considerando tanto los niveles primario, secundario, terciario y universitario del sistema educativo no reformado, como la categorización del sistema educativo reformado, de los pacientes con diagnóstico de Trastorno de la Personalidad, que asisten a consultorios externos de una Clínica Psiquiátrica de la ciudad de Necochea. Los datos se obtendrán a través de una encuesta cara a cara y se considera: Sin Instrucción/ Primario/ Secundario/ Terciario/ Universitario y en todos los casos si es completo o incompleto.

### **Riesgo de trastorno alimentario**

Definición conceptual:

Probabilidad de padecer una patología alimentaria tales como: anorexia, bulimia o trastorno de conducta alimentaria no especificado.

Definición Operacional:

Probabilidad de padecer una patología alimentaria como anorexia, bulimia o trastorno de conducta alimentaria no especificado, en pacientes con diagnóstico de Trastorno de la Personalidad, que asisten a consultorios externos de una Clínica Psiquiátrica de la ciudad de Necochea.

Para determinar el tipo de Trastorno de la Conducta Alimentaria, se utiliza, creado por Garner y Garfinkel (1979)<sup>135</sup>, el Cuestionario de Actitudes hacia la comida, EAT-40, para evaluar el Riesgo de Desarrollar un TCA.

El instrumento consiste en 40 preguntas distribuidas en 3 factores que miden: el factor dieta, que es la evitación de alimentos que engordan, factor control oral, que es el control en el comer y presión percibida por parte de los demás para aumentar de peso y factor bulimia y preocupación por el alimento, que son los pensamientos relacionados con los alimentos y conductas bulímicas.

Cada respuesta tiene un valor máximo de 3 puntos. Un puntaje igual o superior a 30 en el EAT-40 es indicativo de un trastorno del hábito del comer, anoréxico o bulímico, ya sea

---

<sup>135</sup> Se informan los datos sobre el desarrollo de una medida de 40 ítems de los síntomas en la anorexia nerviosa. La escala (EAT) se presenta en formato de autoinforme de elección forzada, de 6 puntos, que se administra y puntúa fácilmente. El EAT se validó utilizando 2 grupos de pacientes con anorexia nerviosa (N = 32 y 33) y mujeres control (N = 34 y 59)

clínicamente existente o encubierto, que pudiera desencadenarse bajo ciertas circunstancias propicias. A partir de una puntuación superior a 30 se recomienda recibir ayuda psicológica. Los resultados obtenidos se registran en una grilla.

**Cuadro N°6:** Clasificación para identificar a los individuos con bajo, mediano y alto riesgo de desarrollar algún TCA

<b>Puntos de corte de EAT-40</b>	
<b>Clasificación del riesgo de desarrollar un trastorno alimentario</b>	<b>Puntuación</b>
Bajo Riesgo	< o = 21 puntos
Mediano Riesgo	21 – 29 puntos
Alto Riesgo	> o = a 31 puntos

Fuente: Adaptado de EAT-40 (1979)<sup>136</sup>

**Estado nutricional**

Definición conceptual:

Estado de salud en la que se encuentra una persona, en relación con múltiples factores: ambientales, genéticos y orgánicos. La evaluación del estado nutricional permite determinar la condición en la que se halla el individuo según las modificaciones nutricionales que se hayan podido efectuar y pretende identificar la presencia, naturaleza y extensión de situaciones nutricionales alteradas, las cuales pueden oscilar desde la deficiencia al exceso.

Definición Operacional:

Estado de salud de los pacientes con diagnóstico de Trastorno de la Personalidad que asisten a consultorios externos de una Clínica Psiquiátrica, de Necochea en relación con múltiples factores: ambientales, genéticos y orgánicos. Se les realizará la valoración del estado nutricional (VEN), mediante la toma de mediciones del peso corporal y la talla del paciente, para luego calcular el índice de masa corporal. La situación nutricional puede

<sup>136</sup> Actualmente es el cuestionario autoaplicado más aceptado y utilizado globalmente para la detección de riesgo de desarrollar TCA en población general, habiendo sido traducido a más de 8 idiomas.



verse afectada por Carencia como desnutrición o por Exceso, sobre nutrición. El dato se registra en grilla.

### Υ Peso:

Medida de un cuerpo calculado como la cantidad de masa que contiene y se puede expresar en gramos o kilogramos. Mide todos los componentes del organismo (agua, músculo esquelético, tejido óseo, masa muscular y tejido adiposo). Una variación en el peso no discrimina a cuál de todos los tejidos corresponde, por esto debe relacionarse con la estatura, edad, sexo y la contextura física. La simplicidad, confiabilidad y universalidad de la medición, lo hacen un indicador global del estado nutricional. Instrumento a utilizar: balanza de precisión electrónica. Para determinar el peso, se coloca la balanza en una superficie lisa. Se mide al paciente con Trastorno de la Personalidad, de pie, descalzo, con ropa interior o prendas livianas, ubicado en el centro de la plataforma de la balanza, con los brazos extendidos a lo largo del cuerpo.

### Υ Talla

Estatura de una persona, medida desde la planta de los pies hasta el vértice del cráneo, expresada en centímetros. Longitud medida desde la planta de los pies hasta el vértice del cráneo, expresada en centímetros. Se mide a los pacientes con diagnóstico de Trastorno de la Personalidad de pie, descalzos. La cabeza debe estar derecha manteniendo el plano de Frankfurt<sup>137</sup>. La línea de visión debe formar un ángulo recto con el tallímetro. Los talones deben estar juntos en contacto con una pared, al igual que los glúteos y las piernas deben estar extendidas. Los hombros rectos, los brazos relajados al costado del cuerpo y la cadera no debe estar inclinada. Se pide al paciente que realice una inspiración profunda y se estire, haciéndose lo más alto posible. El tope móvil debe hacer contacto con la parte más alta del cráneo del paciente, el vértex. Se efectúa la lectura hasta el último centímetro completo. Instrumento a utilizar: tallímetro.

### Υ Índice de Masa Corporal (IMC) o Índice de Quetelet

Indicador simple que se obtiene de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para determinar el estado nutricional en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ). Su valor varía

---

<sup>137</sup> Plano cefalométrico que pasa por el punto infraorbitario, punto más bajo del reborde inferior de la órbita y por el porion, punto más alto del conducto auditivo externo.

en función de una serie de parámetros como son la masa muscular, la estructura ósea, el género y la etnia. Se relaciona el peso y la talla al cuadrado de los pacientes con diagnóstico de Trastorno de la Personalidad, que asisten a consultorios externos de la Clínica Psiquiátrica de la ciudad de Necochea. Para el diagnóstico del estado nutricional se toma como población de referencia para adultos, las establecidas por la OMS.

**Cuadro N°7:** Clasificación de la OMS del estado nutricional de acuerdo con el IMC

<b>CLASIFICACIÓN</b>	<b>IMC (kg/m<sup>2</sup>)</b>
<b>Principales puntos de corte</b>	
Delgadez severa	< 16.00
Delgadez moderada	16.00 – 16.99
Delgadez leve	17.00 – 18.49
Bajo peso	< 18.50 18.50 – 24.99
Rango normal	18.50 – 24.99
Sobrepeso	≥ 25.00
Pre-obeso	25.00 – 29.99
Obeso	≥ 30.00
Obeso clase I	30.00 – 34.99
Obeso clase II	35.00 – 39.99
Obeso clase III	≥ 40.00

Fuente: Adaptado de la OMS (2004)

### **Circunferencia de Cintura**

#### Definición conceptual:

Determina la adiposidad abdominal, es decir, la distribución de grasa a nivel del tronco, siendo el parámetro más sencillo para obtenerlo. Permite evaluar el riesgo cardiovascular, siempre asociado a otros indicadores.

Definición operacional:

Determina la adiposidad abdominal, es decir, la distribución de grasa a nivel del tronco, de los pacientes con diagnóstico de Trastorno de la Personalidad, que asisten a consultorios externos de una Clínica Psiquiátrica de la ciudad de Necochea. Es el perímetro mínimo localizado entre la parte más baja de la caja torácica, décima costilla, y la cresta ilíaca. Corresponde a lo que comúnmente se conoce como cintura natural. Se le debe indicar al sujeto que se pare con los brazos semi abducidos, mirando hacia el frente para facilitar la ubicación correcta del sitio de referencia. Se utiliza una cinta métrica metálica, flexible, calibrada en centímetros, con graduaciones en milímetros y no extensible, de 6 mm por 2 metros. Se coloca la cinta alrededor del sitio indicado, tomando luego ambos extremos de esta con la mano derecha, utilizando la izquierda para ajustar su nivel en la parte posterior. Empleando la técnica de manos cruzadas se presiona la cinta en el nivel adecuado de la parte anterior de la cintura indicándole al sujeto que baje los brazos. Se reajusta la cinta en caso de que se haya desplazado o comprima excesivamente la piel. Luego se toma la medición al final de una expiración normal. Los datos se registran en grilla.

Se considerará según la OMS las siguientes categorías:

**Cuadro N°8:** Valores de circunferencia de cintura

<b>Sexo</b>	<b>Riesgo Aumentado</b>	<b>Riesgo muy Aumentado</b>
<b>Hombre</b>	94 a 102 cm	>102 cm
<b>Mujer</b>	80 a 88 cm	>88 cm

Fuente: Adaptado de la OMS (1997)

**Pliegues cutáneos**

Definición conceptual:

Cuantificación de una doble capa de piel y tejido adiposo subcutáneo, localizado en diferentes puntos anatómicos. La utilidad de los panículos es proporcionar un método relativamente simple para estimar la adiposidad general, y permitir determinar la deposición relativa de tejido adiposo en el cuerpo.

Definición operacional:

Cuantificación de una doble capa de piel y tejido adiposo subcutáneo de los pacientes con diagnóstico de Trastorno de la Personalidad, que asisten a consultorios externos de una Clínica Psiquiátrica de la ciudad de Necochea. Se utiliza un plicómetro que tiene una comprensión constante de 10g.mm<sup>-2</sup>, en divisiones de 0,2mm; con lectura de 0,5mm para medir pliegues cutáneos. Para la medición, el sitio del pliegue debe ser localizado cuidadosamente utilizando las marcas anatómicas correctas, éste se marca con un lápiz dermatográfico o fibra fina. El pliegue se toma en el sitio marcado con el extremo del dedo pulgar y el del dedo índice, el panículo debe ser tomado y levantado de modo que se agarre un doble pliegue de piel más tejido subyacente subcutáneo adiposo. El dato se registra en grilla.

**Cuadro N°9:** Porcentaje de masa grasa por sumatoria de cuatro pliegues

Sumatoria 4 pliegues	Hombres				Mujeres			
	17-29	30-39	40-49	+50	16-29	30-39	40-49	+50
20 mm	8.1	12.2	12.2	12.6	14.1	17	19.8	21.4
40 mm	16.4	19.2	21.4	22.9	23.4	25.5	28.2	30.3
60 mm	21.2	23.5	27.1	29.2	29.1	30.6	33.2	35.7
80 mm	24.8	26.6	31.2	33.8	33.1	34.3	36.7	39.6

Fuente: Adaptado de Durin y Cols (1974)<sup>138</sup>

**Porcentaje de grasa corporal**

Definición conceptual:

<sup>138</sup> Los espesores de los pliegues cutáneos en cuatro sitios (bíceps, tríceps, subescapular y suprailíaco) y la densidad corporal total (mediante pesaje bajo el agua) se midieron en 209 hombres y 272 mujeres de edades comprendidas entre 16 y 72 años. El contenido de grasa varió de 5 a 50% del peso corporal en los hombres y de 10 a 61% en las mujeres.

Grasa de depósito que se acumula en el tejido adiposo bajo la piel, constituida por triglicéridos, ácidos grasos libres, fosfolípidos, colesterol, lipoproteínas y ceras, expresada en porcentaje.

Definición operacional:

Grasa de depósito que se acumula en el tejido adiposo bajo la piel, constituida por triglicéridos, ácidos grasos libres, fosfolípidos, colesterol, lipoproteínas y ceras; expresada en porcentaje de los pacientes con diagnóstico de Trastorno de la Personalidad, que asisten a consultorios externos de una Clínica Psiquiátrica de la ciudad de Necochea. El porcentaje de grasa corporal se obtiene a partir de la sumatoria de los cuatro pliegues cutáneos (subescapular, tríceps, bíceps e ileocrestal), mediante las tablas de Durin y Cols. Los datos obtenidos serán comparados con las tablas de Gallagher, et al (2000)<sup>139</sup> y se clasificará en: Bajo, Normal, Elevado o Muy elevado.

### **Patrones de Consumo**

Definición conceptual:

Conjunto de alimentos consumidos con más frecuencia por la mayoría de una población a estudiar y se valoran con el tipo y frecuencia de alimentos consumidos de manera cualitativa y cuantitativa.

Definición operacional:

Conjunto de alimentos consumidos con más frecuencia por pacientes con diagnóstico de Trastorno de la Personalidad, que asisten a consultorios externos de una Clínica Psiquiátrica de la ciudad de Necochea. Se determina con una frecuencia y tipos de alimentos consumidos en el régimen normal, se establecen patrones de comportamiento y se evalúa la posibilidad de existencia de déficit o exceso de nutrientes asociados al hábito de ingerir los principales alimentos fuentes. Para la obtención de datos se realiza una encuesta alimentaria a través de un cuestionario autoadministrado, en el cual se indaga acerca de los hábitos alimentarios. El modelo de cuestionario de frecuencia de consumo alimentario de formato semicuantitativo, incluido como parte del formulario, es un método directo y se realiza a partir de un formato estructurado. El objetivo de la encuesta nutricional consiste en obtener información de la ingesta diaria, selección de alimentos, frecuencia y cantidad habitual de ingesta de un alimento o grupo de alimentos y paralelamente sus

---

<sup>139</sup> El objetivo de este estudio fue examinar un nuevo enfoque potencial para el desarrollo de porcentajes de grasa corporal. El enfoque adoptado fue vincular el índice de masa corporal saludable (IMC; en kg / m (2)) de las directrices establecidas por los Institutos Nacionales de la Salud y la Organización Mundial de la Salud con el porcentaje previsto de grasa corporal.

correspondientes nutrientes, número de comidas, lugar y con quien las realiza, durante un periodo de tiempo determinado. El encuestado responde si consume o no determinado alimento, cantidades y/o el número de veces que, como promedio, un alimento ha sido ingerido durante un periodo de tiempo en el pasado. En este caso, los datos obtenidos serán comparados con las recomendaciones de las Guías Alimentarias de la República Argentina 2016.<sup>140</sup>

### **Tipo de Trastorno de la Personalidad**

#### Definición conceptual:

Variedad de patrones permanentes de experiencia interna y de comportamiento que se apartan acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Se corresponden con pautas de conducta inflexibles y no adaptativas, denotan problemas en el aprendizaje de estrategias de afrontamiento efectivas ante las dificultades cotidianas, generan conflictos interpersonales y conducen a limitaciones graves, sociales y laborales, en la vida cotidiana, así como a un aumento en el malestar subjetivo. A diferencia de los trastornos mentales, son estables temporalmente y reflejan alteraciones globales de la persona (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).<sup>141</sup>

#### Definición operacional:

Variedad de patrones permanentes de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura de los pacientes con diagnóstico de Trastorno de la Personalidad, que asisten a consultorios externos de una Clínica Psiquiátrica de la ciudad de Necochea. Se corresponden con pautas de conducta inflexibles y no adaptativas, denotan problemas en el aprendizaje de estrategias de afrontamiento efectivas ante las dificultades cotidianas, generan conflictos interpersonales y conducen a limitaciones graves (sociales y laborales) en la vida cotidiana, así como a un aumento en el malestar subjetivo. Son estables temporalmente y reflejan alteraciones globales. El dato acerca del Tipo de Trastorno de la Personalidad se obtendrá de la Historia Clínica del

---

<sup>140</sup> Las "Guías Alimentarias para la Población Argentina" (GAPA) constituyen una herramienta fundamental para favorecer la aprehensión de conocimientos que contribuyan a generar comportamientos alimentarios y nutricionales más equitativos y saludables por parte de la población de usuarios directos e indirectos.

<sup>141</sup> La Asociación Estadounidense de Psiquiatría (American Psychiatric Association, o APA en inglés) publica diversas revistas y panfletos, así como el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, considerado como el texto básico para el diagnóstico y la categorización de trastornos mentales.

paciente pudiendo registrarse diferentes tipos, según la clasificación de DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales), en los siguientes grupos:

**Cuadro N°10:** Agrupación de los trastornos de la personalidad según DSM-IV-TR

<b>TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD</b>	
<b>GRUPO A</b>	
<b>Paranoide</b>	Desconfianza, suspicacia acerca de los motivos ajenos como malévolos.
<b>Esquizoide</b>	Aislamiento en sus relaciones sociales.
<b>Esquizotípico</b>	Conducta excéntrica. Imposibilidad para las relaciones íntimas, pensamiento mágico
<b>GRUPO B</b>	
<b>Borderline</b>	Inestabilidad en las relaciones personales, la autoimagen y los afectos, impulsividad marcada.
<b>Histriónico</b>	Emocionalidad excesiva y búsqueda de la atención.
<b>Narcisista</b>	Grandiosidad, necesidad de admiración, falta de empatía.
<b>Antisocial</b>	Desprecio y violación de los derechos ajenos.
<b>GRUPO C</b>	
<b>Evitativo</b>	Inhibición social, sentimientos de inadecuación, hipersensibilidad a la crítica negativa.
<b>Dependiente</b>	Conductas de enganche y sumisión, necesidad excesiva de recibir cuidado.
<b>Obsesivo-Compulsivo</b>	Preocupación excesiva por el orden, perfeccionismo y control.
<b>NO ESPECIFICADOS</b>	
<b>Pasivo-Agresivo-Negativista</b>	Actitud negativa y resistencia pasiva a las demandas de funcionamiento laboral y social.
<b>Depresivo</b>	Cogniciones depresivas con sentimientos de tristeza, desaliento, sensación de desamparo, infelicidad y melancolía.

Fuente: Adaptado del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR, 2000)

A continuación, se presenta el formulario de consentimiento informado.

Por la presente solicito al encuestado, autorización para formar parte del trabajo de investigación correspondiente a la tesis de Licenciatura en Nutrición de la Sofía de la O, perteneciente a la Universidad FASTA.

El siguiente trabajo de investigación busca evaluar el riesgo de padecer trastornos alimentarios; patrones de consumo, estado nutricional y perfil sociodemográfico, en pacientes con diagnóstico de trastorno de la personalidad que asisten a consultorios externos de una Clínica Psiquiátrica, de la ciudad de Necochea.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar una encuesta, rellenar un formulario y también se le realizarán mediciones antropométricas de peso y talla, circunferencia de cintura y medición de pliegues cutáneos. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria.

Se mantendrá la confidencialidad y el anonimato de los datos aportados con un correcto manejo de los mismos y con el fin de llevar a cabo el objetivo propuesto. Los resultados pueden ser publicados en revistas de índole científica o presentados en congresos afines a la temática.

Yo \_\_\_\_\_ en mi carácter de encuestado, certifico que he sido informado(a) con la claridad y veracidad debida respecto al trabajo de investigación, he comprendido sus objetivos y características, y acepto participar del mismo.

Fecha \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

¡Gracias por su colaboración!  
Sofía de la O.

Por cualquier duda, puede comunicarse con la secretaría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Fasta de la ciudad de Mar del Plata.

### Instrumentos de recolección de datos

Los instrumentos que se utilizarán para recolectar las variables previamente detalladas y poder cumplir con los objetivos planteados de la investigación, serán:

- Υ Cuestionario de Actitudes hacia la comida, EAT-40.
- Υ Encuesta sobre Patrones Alimentarios
- Υ Cuestionario de Frecuencia de Consumo
- Υ Grilla de Observación



**Patrones Alimentarios**

Encuesta N° \_\_\_\_

Fecha \_\_ / \_\_ / \_\_

1. Edad  
\_\_\_\_\_

2. Sexo (marque con una cruz)

Femenino	<input type="checkbox"/>
Masculino	<input type="checkbox"/>

3. Ocupación (marque con una cruz)

- Ocupado
- Desocupado
- Jubilado o Pensionado
- Estudiante
- Otra situación

4. Nivel de instrucción (marque con una cruz)

	Completo	Incompleto
Primario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secundario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terciario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Universitario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Estado Nutricional (a completar por el evaluador)

<b>Peso (kg)</b>	<input type="text"/>	
<b>Talla (cm)</b>	<input type="text"/>	
<b>IMC (kg/m<sup>2</sup>)</b>	<input type="text"/>	Dx:
<b>CC (cm)</b>	<input type="text"/>	Dx: Normal/ Riesgo Aumentado/ Riesgo muy aumentado
<b>Pliegues cutáneos (mm)</b>		
Tríceps	<input type="text"/>	
Subescapular	<input type="text"/>	
Bíceps	<input type="text"/>	
Cresta ilíaca	<input type="text"/>	
<b>Sumatoria 4 pliegues</b>	<input type="text"/>	
<b>% de Grasa corporal</b>	<input type="text"/>	Dx: Bajo/ Normal/ Elevado/ Muy elevado

6. ¿Cuántas veces realiza en la semana cada una de las siguientes comidas? (Marque solo una opción por fila)

<b>COMIDA</b>	<b>Todos los días</b>	<b>5-6 veces por semana</b>	<b>3-4 veces por semana</b>	<b>1-2 veces por semana</b>	<b>Nunca</b>
<b>Desayuno</b>					
<b>Colación</b>					
<b>Almuerzo</b>					
<b>Merienda</b>					
<b>Colación</b>					
<b>Cena</b>					

7. ¿Con quién realiza las comidas? (marque con una cruz)

- Solo
- Con algún familiar/amigo/pareja
- Con compañero de trabajo
- Otro

8. ¿Dónde realiza las comidas? (marque con una cruz)

- En mi casa
- En el trabajo
- En el colegio/instituto
- Restaurante
- Casa de comida rápida
- Otro

9. ¿Cuáles son los métodos de cocción que suele utilizar para preparar las comidas? (marque con una cruz)

- Horno
- Plancha
- Vapor
- Frituras
- Hervido
- Parrilla
- Otros

Fuente: Elaboración propia.

Cuestionario de Frecuencia de Consumo

ALIMENTO	TODOS LOS DIAS	6-5 VECES POR SEMANA	4-3 VECES POR SEMANA	2-1 VEZ POR SEMANA	<1 VEZ POR SEMANA
LECHE ENTERA	Solo para cortar infusiones (30cc)	Solo para cortar infusiones (30cc)	Solo para cortar infusiones (30cc)	Solo para cortar infusiones (30cc)	Solo para cortar infusiones (30cc)
	1 pocillo tipo café (100 cc) 1 taza tipo café c/ leche (200cc)	1 pocillo tipo café( 100 cc) 1 taza tipo café c/ leche (200cc)	1 pocillo tipo café(100 cc) 1 taza tipo café c/ leche (200cc)	1 pocillo tipo café (100 cc) 1 taza tipo café c/ leche (200cc)	1 pocillo tipo café (100 cc) 1 taza tipo café c/ leche (200cc)
LECHE DESCREMADA	Solo para cortar infusiones (30cc)	Solo para cortar infusiones (30cc)	Solo para cortar infusiones (30cc)	Solo para cortar infusiones (30cc)	Solo para cortar infusiones( 30cc)
	1 pocillo tipo café (100 cc) 1 taza tipo café c/ leche (200cc)	1 pocillo tipo café (100 cc) 1 taza tipo café c/ leche (200cc)	1 pocillo tipo café (100 cc) 1 taza tipo café c/ leche (200cc)	1 pocillo tipo café( 100 cc) 1 taza tipo café c/ leche (200cc)	1 pocillo tipo café (100 cc) 1 taza tipo café c/ leche (200cc)
YOGUR ENTERO	1 pote sin frutas ni cereales (200cc)	1 pote sin frutas ni cereales (200cc)	1 pote sin frutas ni cereales (200cc)	1 pote sin frutas ni cereales (200cc)	1 pote sin frutas ni cereales (200cc)
	1 pote con frutas o cereales (170cc)	1 pote con frutas o cereales (170cc)	1 pote con frutas o cereales (170cc)	1 pote con frutas o cereales (170cc)	1 pote con frutas o cereales (170cc)
YOGUR DESCREMADO	1 pote sin frutas ni cereales (200cc)	1 pote sin frutas ni cereales (200cc)	1 pote sin frutas ni cereales (200cc)	1 pote sin frutas ni cereales (200cc)	1 pote sin frutas ni cereales (200cc)
	1 pote con frutas o cereales (170cc)	1 pote con frutas o cereales (170cc)	1 pote con frutas o cereales (170cc)	1 pote con frutas o cereales (170cc)	1 pote con frutas o cereales (170cc)
QUESO UNTABLE DESCREMADO	1 cucharada tipo té al ras (5 gr)	1 cucharada tipo té al ras (5 gr)	1 cucharada tipo té al ras (5 gr)	1 cucharada tipo té al ras (5 gr)	1 cucharada tipo té al ras (5 gr)
	1 cucharada tipo postre al ras (10 gr)	1 cucharada tipo postre al ras (10 gr)	1 cucharada tipo postre al ras (10 gr)	1 cucharada tipo postre al ras( 10 gr)	1 cucharada tipo postre al ras (10 gr)
	1 cucharada sopera al ras (15 gr)	1 cucharada sopera al ras (15 gr)	1 cucharada sopera al ras (15 gr)	1 cucharada sopera al ras ( 15 gr)	1 cucharada sopera al ras (15 gr)
QUESO UNTABLE ENTERO	1 cucharada tipo té al ras (5 gr)	1 cucharada tipo té al ras (5 gr)	1 cucharada tipo té al ras (5 gr)	1 cucharada tipo té al ras (5 gr)	1 cucharada tipo té al ras (5 gr)
	1 cucharada tipo postre al ras (10 g)	1 cucharada tipo postre al ras (10 gr)	1 cucharada tipo postre al ras (10 gr)	1 cucharada tipo postre al ras (10 gr)	1 cucharada tipo postre al ras (10 gr)
	1 cucharada sopera al ras (15 gr)	1 cucharada sopera al ras (15 gr)	1 cucharada sopera al ras (15 gr)	1 cucharada sopera al ras (15 gr)	1 cucharada sopera al ras (15 gr)
QUESOS CUARTIROLO, POR SALUT	Una porción tipo celular chico ( 60 gr)	Una porción tipo celular chico (60 gr)	Una porción tipo celular chico ( 60 gr)	Una porción tipo celular chico (60 gr)	Una porción tipo celular chico ( 60 gr)
HUEVO ENTERO	1unidad (50gr)	1unidad (50gr)	1unidad (50gr)	1unidad (50gr)	1unidad (50gr)
	2 unidades(100gr)	2 unidades	2 unidades	2 unidades	2 unidades(100gr)

<b>CARNE VACA</b>	(100gr)	(100gr)	(100gr)	(100gr)	(100gr)
	3 unidades (150gr)	3 unidades (150gr)	3 unidades (150gr)	3 unidades (150gr)	3 unidades (150gr)
	½ bife (80 gr)	½ bife (80 gr)	½ bife (80 gr)	½ bife (80 gr)	½ bife (80 gr)
	1 bife (150 gr)	1 bife (150 gr)	1 bife (150 gr)	1 bife (150 gr)	1 bife (150 gr)
	2 bifos (300 gr)	2 bifos (300 gr)	2 bifos (300 gr)	2 bifos (300 gr)	2 bifos (300 gr)
<b>POLLO</b>	Pata sin piel(80gr)	Pata sin piel(80gr)	Pata sin piel(80gr)	Pata sin piel(80gr)	Pata sin piel(80gr)
	½ pechuga sin piel (100gr)	½ pechuga sin piel (100gr)	½ pechuga sin piel (100gr)	½ pechuga sin piel (100gr)	½ pechuga sin piel (100gr) ¼ de pollo sin piel (250gr)
	¼ de pollo sin piel (250gr)	¼ de pollo sin piel (250gr)	¼ de pollo sin piel (250gr)	¼ de pollo sin piel (250gr)	¼ de pollo sin piel (250gr)
<b>PESCADO</b>	½ filet (70gr)	½ filet (70gr)	½ filet (70gr)	½ filet (70gr)	½ filet (70gr)
	1 filet (120 gr)	1 filet (120 gr)	1 filet (120 gr)	1 filet (120 gr)	1 filet (120 gr) 2 filettes (240gr)
	2 filettes (240gr)	2 filettes (240gr)	2 filettes (240gr)	2 filettes (240gr)	2 filettes (240gr)
<b>VERDURAS A</b>	1 unidad chica (100 gr)	1 unidad chica (100 gr)	1 unidad chica (100 gr)	1 unidad chica (100 gr)	1 unidad chica (100 gr)
	1 unidad mediana (150 gr)	1 unidad mediana (150 gr)	1 unidad mediana (150 gr)	1 unidad mediana (150 gr)	1 unidad mediana (150 gr)
	1 unidad grande (200 gr)	1 unidad grande (200 gr)	1 unidad grande (200 gr)	1 unidad grande (200 gr)	1 unidad grande (200 gr)
<b>VERDURAS B</b>	1 unidad chica (100 gr)	1 unidad chica (100 gr)	1 unidad chica (100 gr)	1 unidad chica (100 gr)	1 unidad chica (100 gr)
	1 unidad mediana (150 gr)	1 unidad mediana (150 gr)	1 unidad mediana (150 gr)	1 unidad mediana (150 gr)	1 unidad mediana (150 gr)
	1 unidad grande (200 gr)	1 unidad grande (200 gr)	1 unidad grande (200 gr)	1 unidad grande (200 gr)	1 unidad grande (200 gr)
	1 unidad grande (200 gr)	1 unidad grande (200 gr)	1 unidad grande (200 gr)	1 unidad grande (200 gr)	1 unidad grande (200 gr)
<b>VERDURAS C</b>	1 unidad chica (100 gr)	1 unidad chica (100 gr)	1 unidad chica (100 gr)	1 unidad chica (100 gr)	1 unidad chica (100 gr)
	1 unidad mediana (150 gr)	1 unidad mediana (150 gr)	1 unidad mediana (150 gr)	1 unidad mediana (150 gr)	1 unidad mediana (150 gr)
	1 unidad grande (200 gr)	1 unidad grande (200 gr)	1 unidad grande (200 gr)	1 unidad grande (200 gr)	1 unidad grande (200 gr)
<b>FRUTAS SECAS</b>	3 unidades (15 g)	3 unidades (15 g)	3 unidades (15 g)	3 unidades (15 g)	3 unidades (15 g)
	5 unidades (25 g)	5 unidades (25 g)	5 unidades (25 g)	5 unidades (25 g)	5 unidades (25 g)
	10 unidades (50g)	10 unidades (50g)	10 unidades (50g)	10 unidades (50g)	10 unidades (50g)
<b>FRUTAS</b>	1 unidad chica (100 gr)	1 unidad chica (100 gr)	1 unidad chica (100 gr)	1 unidad chica (100 gr)	1 unidad chica (100 gr)
	1 unidad mediana (150 gr)	1 unidad mediana (150 gr)	1 unidad mediana (150 gr)	1 unidad mediana (150 gr)	1 unidad mediana (150 gr)
	1 unidad grande (200 gr)	1 unidad grande (200 gr)	1 unidad grande (200 gr)	1 unidad grande (200 gr)	1 unidad grande (200 gr)



<b>PAN INTEGRAL</b>	1 mignon (30 gr)	1 mignon (30 gr)	1 mignon (30 gr)	1 mignon (30 gr)	1 mignon (30 gr)
	2 mignones (60 gr)	2 mignones (60 gr)	2 mignones (60 gr)	2 mignones (60 gr)	2 mignones (60 gr)
	3 mignones (90 gr)	3 mignones (90 gr)	3 mignones (90 gr)	3 mignones (90 gr)	3 mignones (90 gr)
<b>GALLETITAS Tipo Agua</b>	7 unidades (30 gr)	7 unidades (30g)	7 unidades 30 gr	7 unidades (30g)	7 unidades (30g)
	14 unidades (60 gr)	14 unidades (60gr)	14 unidades (60 gr)	14 unidades (60 gr)	14 unidades (60 gr)
	21 unidades (90 gr)	21 unidades (90 gr)	21 unidades (90 gr)	21 unidades (90 gr)	21 unidades (90 gr)
<b>GALLETITAS DULCES</b>	5 unidades (30 gr)	5 unidades (30 gr)	5 unidades (30 gr)	5 unidades (30 gr)	5 unidades (30 gr)
	10 unidades (60 gr)	10 unidades (60 gr)	10 unidades (60 gr)	10 unidades (60 gr)	10 unidades (60 gr)
	15 unidades (90 gr)	15 unidades (90 gr)	15 unidades (90 gr)	15 unidades (90 gr)	15 unidades (90 gr)
<b>AZÚCAR</b>	2 cucharadas tipo té (10 gr)	2 cucharadas tipo té (10 gr)	2 cucharadas tipo té (10 gr)	2 cucharadas tipo té (10 gr)	2 cucharadas tipo té (10 gr)
	4 cucharadas tipo té (20 g)	4 cucharadas tipo té (20 gr)	4 cucharadas tipo té (20 gr)	4 cucharadas tipo té (20 gr)	4 cucharadas tipo té (20 gr)
	6 cucharadas tipo té (30 gr)	6 cucharadas tipo té (30 gr)	6 cucharadas tipo té (30 gr)	6 cucharadas tipo té (30 gr)	6 cucharadas tipo té (30 gr)
<b>MERMELADA</b>	2 cucharadas tipo té (10 gr)	2 cucharadas tipo té (10 g)	2 cucharadas tipo té (10 gr)	2 cucharadas tipo té (10 gr)	2 cucharadas tipo té (10 gr)
	4 cucharadas tipo té (20 gr)	4 cucharadas tipo té (20 gr)	4 cucharadas tipo té (20 gr)	4 cucharadas tipo té (20 gr)	4 cucharadas tipo té (20 gr)
	6 cucharadas tipo té	6 cucharadas tipo té (30 gr)	6 cucharadas tipo té (30 gr)	6 cucharadas tipo té (30 gr)	6 cucharadas tipo té (30 gr)
<b>ACEITE</b>	2 cucharadas soperas (20cc)	2 cucharadas soperas (20cc)	2 cucharadas soperas (20cc)	2 cucharadas soperas (20cc)	2 cucharadas soperas (20cc)
	4 cucharadas soperas (40cc)	4 cucharadas soperas (40cc)	4 cucharadas soperas (40cc)	4 cucharadas soperas (40cc)	4 cucharadas soperas (40cc)
	6 cucharadas soperas (60cc)	6 cucharadas soperas (60cc)	6 cucharadas soperas (60cc)	6 cucharadas soperas (60cc)	6 cucharadas soperas (60cc)
<b>MANTECA – MARGARINA</b>	1 rulo (5gr)	1 rulo (5gr)	1 rulo (5gr)	1 rulo (5gr)	1 rulo (5gr)
	3 rulos (15gr)	3 rulos (15gr)	3 rulos (15gr)	3 rulos (15gr)	3 rulos (15gr)
<b>GOLOSINAS</b>	6 rulos (30gr)	6 rulos (30gr)	6 rulos (30gr)	6 rulos (30gr)	6 rulos (30gr)
	1 alfajor doble (50 gr)	1 alfajor doble (50 gr)	1 alfajor doble (50 gr)	1 alfajor doble (50 gr)	1 alfajor doble (50 gr)
	1 alfajor triple (70gr)	1 alfajor triple (70gr)	1 alfajor triple (70gr)	1 alfajor triple (70gr)	1 alfajor triple (70gr)
	3 cuadraditos de chocolate (25 gr)	3 cuadraditos de chocolate (25 gr)	3 cuadraditos de chocolate (25 gr)	3 cuadraditos de chocolate (25 gr)	3 cuadraditos de chocolate (25 gr)
	1 turrón (20 gr)	1 turrón (20 gr)	1 turrón (20 gr)	1 turrón (20 gr)	1 turrón (20 gr)

<b>SNACKS</b> (papas fritas, palitos)	<b>1 taza tipo té (25 gr)</b>	<b>1 taza tipo té (25 gr)</b>	<b>1 taza tipo té (25 gr)</b>	<b>1 taza tipo té (25 gr)</b>	<b>1 taza tipo té (25 gr)</b>
	2 tazas tipo té (50 gr)	2 tazas tipo té (50 gr)	2 tazas tipo té (50 gr)	2 tazas tipo té (50 gr)	2 tazas tipo té (50 gr)
<b>AGUA</b>	2 vasos medianos (200 cc)	2 vasos med (200 cc)	2 vasos med (200 cc)	2 vasos med (200 cc)	2 vasos med (200 cc)
	4 vasos medianos (400cc)	4 vasos medianos(400c)	4 vasos medianos(400c)	4 vasos medianos(400c)	4 vasos medianos (400cc)
	6 vasos medianos (1200cc)	6 vasos medianos(1200)	6 vasos medianos(1200)	6 vasos medianos(1200)	6 vasos medianos (1200cc)
<b>AGUAS SABORIZADAS</b>	2 vasos medianos (200 cc)	2 vasos medianos (200 cc)	2 vasos medianos (200 cc)	2 vasos medianos (200 cc)	2 vasos medianos (200 cc)
	4 vasos medianos (400cc)	4 vasos medianos (400cc)	4 vasos medianos (400cc)	4 vasos medianos (400cc)	4 vasos medianos (400cc)
	6 vasos medianos (1200cc)	6 vasos medianos (1200cc)	6 vasos medianos (1200cc)	6 vasos medianos (1200cc)	6 vasos medianos (1200cc)
<b>GASEOSAS</b>	2 vasos medianos (200 cc)	2 vasos medianos (200 cc)	2 vasos medianos (200 cc)	2 vasos medianos (200 cc)	2 vasos medianos (200 cc)
	4 vasos medianos (400cc)	4 vasos medianos (400cc)	4 vasos medianos (400cc)	4 vasos medianos (400cc)	4 vasos medianos (400cc)
	6 vasos medianos (1200cc)	6 vasos medianos (1200cc)	6 vasos medianos (1200cc)	6 vasos medianos (1200cc)	6 vasos medianos (1200cc)
<b>GASEOSAS SIN AZUCAR</b>	2 vasos medianos (200 cc)	2 vasos medianos (200 cc)	2 vasos medianos (200 cc)	2 vasos medianos (200 cc)	2 vasos medianos (200 cc)
	4 vasos medianos (400cc)	4 vasos medianos (400cc)	4 vasos medianos (400cc)	4 vasos medianos (400cc)	4 vasos medianos (400cc)
	6 vasos medianos (1200cc)	6 vasos medianos (1200cc)	6 vasos medianos (1200cc)	6 vasos medianos (1200cc)	6 vasos medianos (1200cc)

Fuente: Elaborado por Departamento de Estadística, de la Universidad FASTA (2013)

### Aclaraciones

Frutas: Naranja, Mandarina, Pomelo, Kiwi, Frutilla, Mora, Grosella, Arándanos, Sandía, Melón, Cerezas, Mango, Manzana, Banana, Higo, Durazno, Pelón, Ciruela, Membrillo, Limón, Pera, Uva, Guinda, Damasco, Ananá, Frambuesa, Palta,

Verduras grupo A: Acelga, Achicoria, Escarola, Ají, Berenjena, Berro, Brocoli, Cardo, Coliflor, Espinaca, Espárragos, Endibia, Hinojo, Hongos, Lechuga, Nabiza, Palmitos, Pepino, rabanito, Radicheta, Radicha, Tomate, Zapallito, Zucchini, Rábano, Rucula.

Verduras grupo B: Alcaucil, Arvejas frescas, Cebolla, Cebolla de verdeo, Puerro, Chauchas, Habas, Brotes de soja, Nabo, Remolacha, Zapallo, Zanahoria, Calabaza.

Verduras grupo C: Batata, Choclo, Papa, Mandioca.

Grilla de Observación

Pte	Sexo	Edad	Fecha de inicio de consulta	Tipo de Trastorno de la Personalidad	Enfermedades asociadas	Tratamiento	Antecedentes
1.							
2.							
3.							

...

Fuente: Elaboración propia



▲ 2018  
UNIVERSIDAD  
FASTA

# ANÁ LI SIS

*Análisis de datos*

**SOFÍA DE LA O**

—

*Licenciatura en  
Nutrición*

Para la presente investigación, se lleva a cabo un trabajo de campo con una muestra compuesta por 20 pacientes con diagnóstico de Trastorno de la Personalidad (TP), que asisten a consultorios externos de una Clínica Psiquiátrica, de la ciudad de Necochea.

A través de este, se busca evaluar el riesgo de padecer trastornos alimentarios, los patrones de consumo, el estado nutricional y perfil sociodemográfico de los mismos.

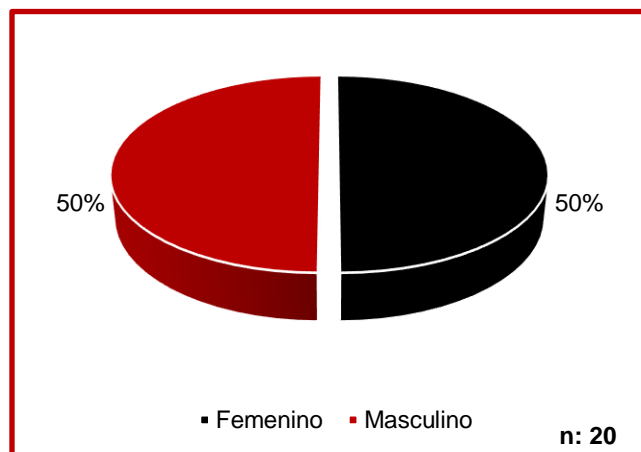
La recolección de datos se realiza durante un periodo de 2 semanas, del mes de octubre de 2018.

En una primera instancia, se completa una ficha, que incluye los datos personales del paciente, fecha de inicio de consulta, enfermedades asociadas, tratamiento y antecedentes, obtenidos de la revisión de la historia clínica; datos antropométricos del paciente, para lo que se dispuso de una balanza, un tallímetro, cinta métrica y plicómetro.

Seguidamente, se realiza un test de actitudes alimentarias, una entrevista con preguntas de opción múltiple y una frecuencia de consumo; en un ambiente tranquilo, favoreciendo la comunicación entre las dos partes.

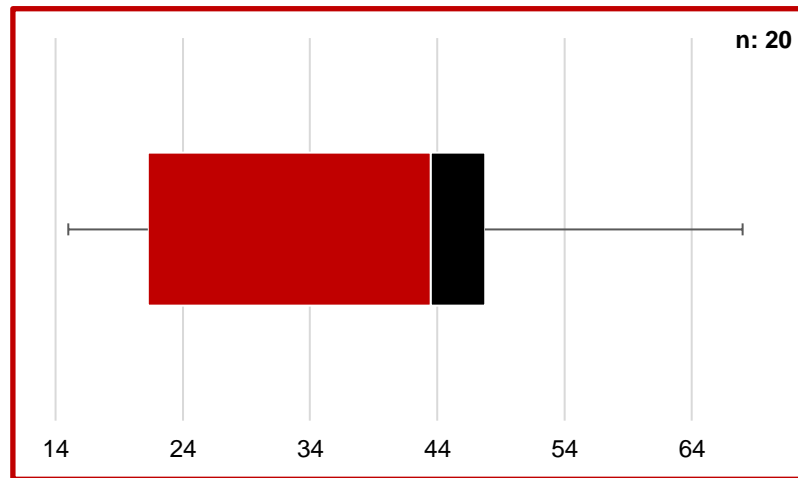
La muestra estuvo compuesta por 20 pacientes, de los cuales 10 (50%) pertenecen al sexo femenino, y 10 (50%) al masculino (Gráfico n°1).

**Gráfico N°1:** Distribución por sexo de los pacientes con TP



Fuente: Elaboración propia

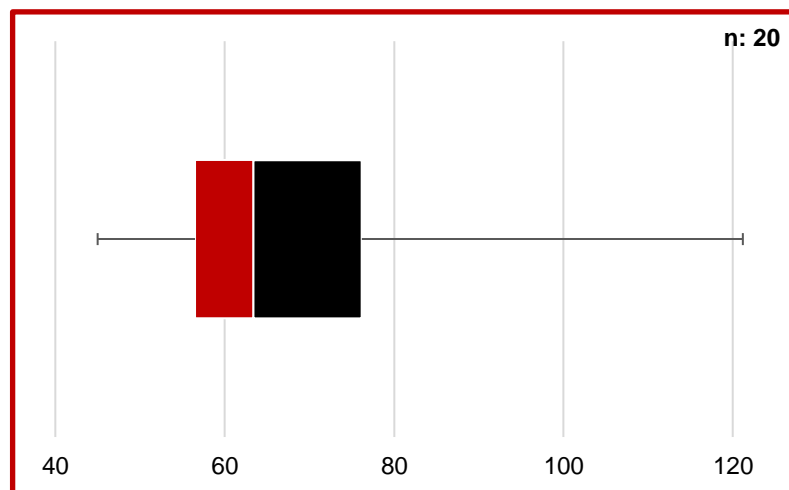
**Gráfico N°2:** Distribución etaria de los pacientes con TP (en años)



Fuente: Elaboración propia

El promedio de las edades es de 43.5 años. Las edades de los pacientes oscilan desde un mínimo de 15 años a un máximo de 68 años. Aquellas edades comprendidas entre el 25% y el 50% de la muestra están más dispersas y el 25% de los más jóvenes se encuentran más concentrados que el 25% de los mayores (Gráfico N°2).

**Gráfico N°3:** Peso de los pacientes con TP (en kg)

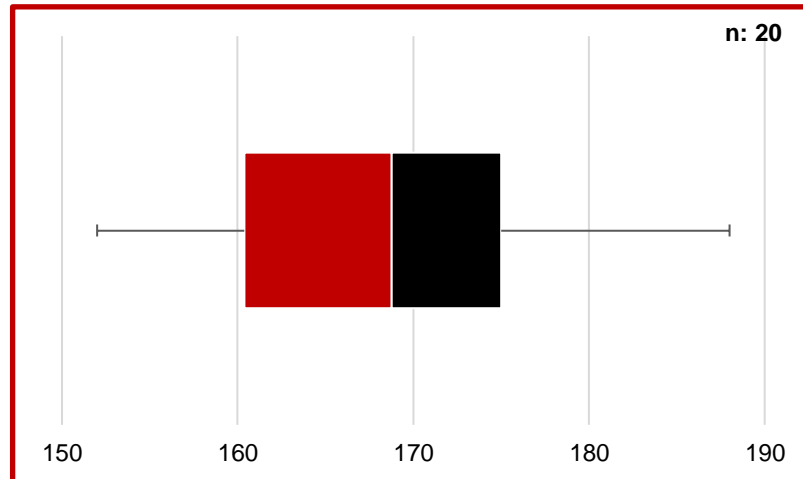


Fuente: Elaboración propia

El promedio del peso es de 63.4 kilogramos. El peso de los pacientes oscila desde un mínimo de 45 kilogramos a un máximo de 121.2 kilogramos. El 50% central de los datos

se encuentra en el rango de peso de 56.5 a 76.2 kilogramos y el 25% de la muestra ha pesado menos de 56.5 kilogramos (Gráfico N°3).

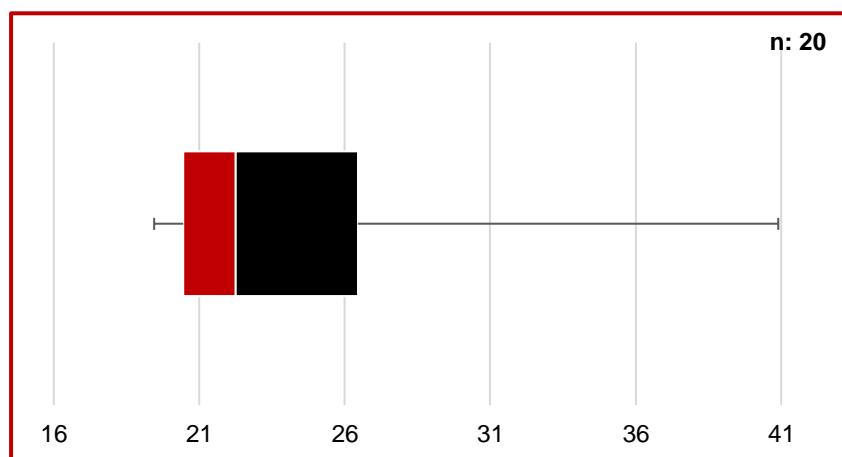
**Gráfico N°4:** Talla de los pacientes con TP (en cm)



Fuente: Elaboración propia

El promedio de la talla es de 168.75 centímetros. La talla de los pacientes oscila desde un mínimo de 152 centímetros a 188 centímetros. La distribución de los datos resulta levemente asimétrica y el 50% central de los mismos se encuentra entre 160.375 y 175 centímetros (Gráfico N°4).

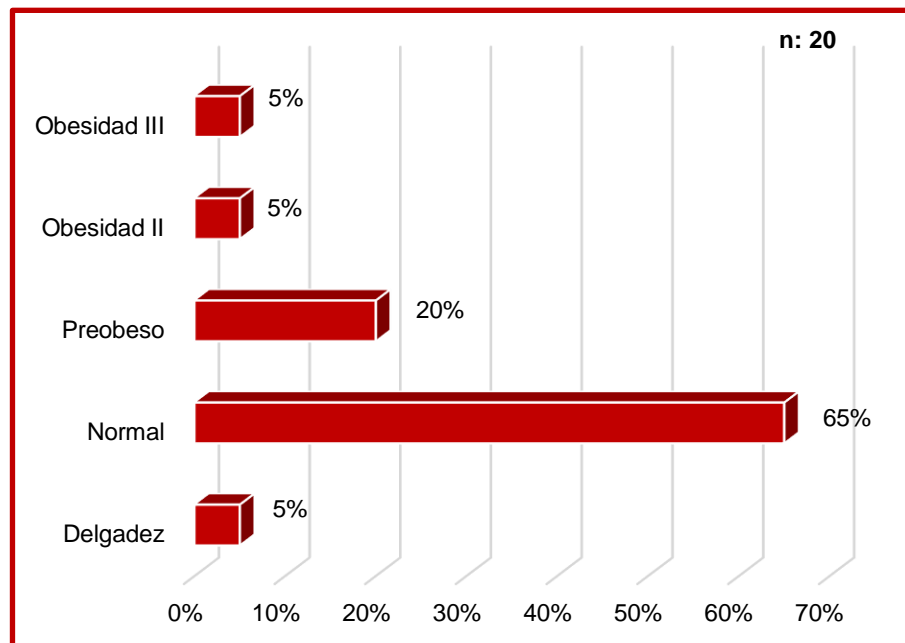
**Gráfico N°5:** Distribución de valores de IMC de pacientes con TP



Fuente: Elaboración propia

El promedio de los valores de IMC es de 22.35 kg/m<sup>2</sup>. Se puede visualizar que dichos valores oscilan desde un mínimo de 18 kg/m<sup>2</sup> a un máximo de 40.9 kg/m<sup>2</sup>. El 25% de quienes presentan un IMC más bajo están más concentrados que el 25% que presenta un IMC más elevado. El 50% central de los datos se ubica entre 20.45 kg/m<sup>2</sup> y 26.45 kg/m<sup>2</sup> y aquellos valores de IMC comprendidos entre el 50% y el 75% de la muestra están más dispersos que entre el 25% y 50%. (Gráfico N°5).

**Gráfico N°6:** Estado Nutricional actual de pacientes con TP

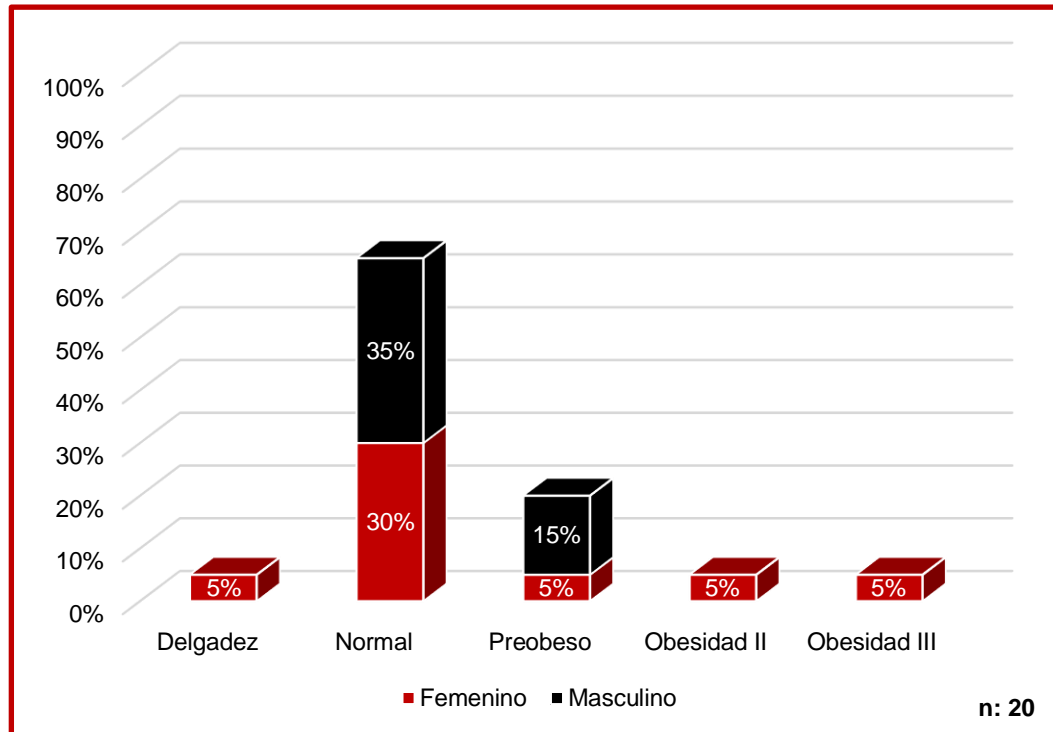


Fuente: Elaboración propia

Los resultados indican que 13 pacientes (65%) de la muestra presentan normopeso. Sin embargo, se observa que 4 de ellos (20%) presentan preobesidad. Por otro lado, una parte de la muestra presenta delgadez, obesidad grado II y obesidad grado III; coincidiendo todas en un 5% (Gráfico N°6).

En cuanto a la distribución por sexo, se obtuvieron los siguientes resultados:

**Gráfico N°7:** Distribución del Estado Nutricional por sexo

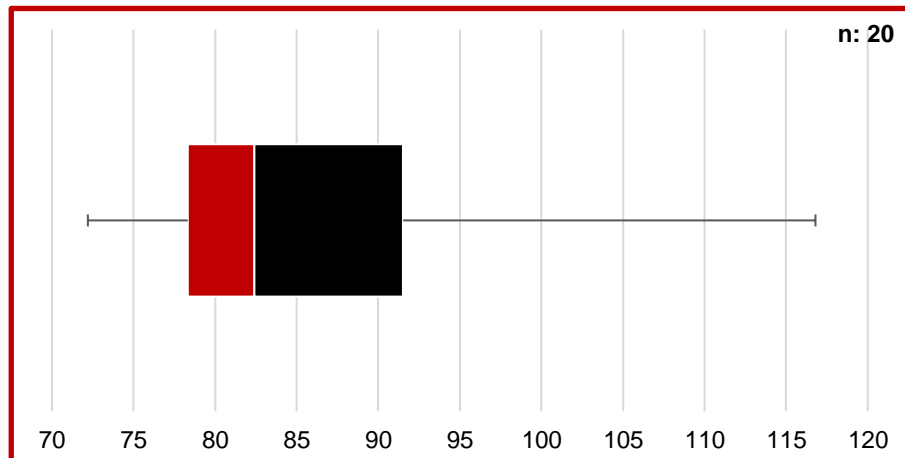


Fuente: Elaboración propia

Se puede observar que 13 pacientes (65%) de la muestra, presentan normopeso, Del total, 6 de ellos (30%) corresponden al sexo femenino y 7 (35%) corresponden al sexo masculino. A su vez, de las 4 personas (20%) de la muestra que presentan preobesidad, una (5%) corresponde al sexo femenino y 3 de ellas (15%) corresponden al sexo masculino. No obstante, la parte de la muestra que presenta delgadez, obesidad grado II y obesidad grado III; coinciden todas en un 5% y corresponden al sexo femenino (Gráfico N°7).

Los valores de circunferencia de cintura tomados al momento de la consulta para evaluar el riesgo cardiovascular fueron utilizados, en conjunto con el IMC, para valorar nutricionalmente a los pacientes con TP.

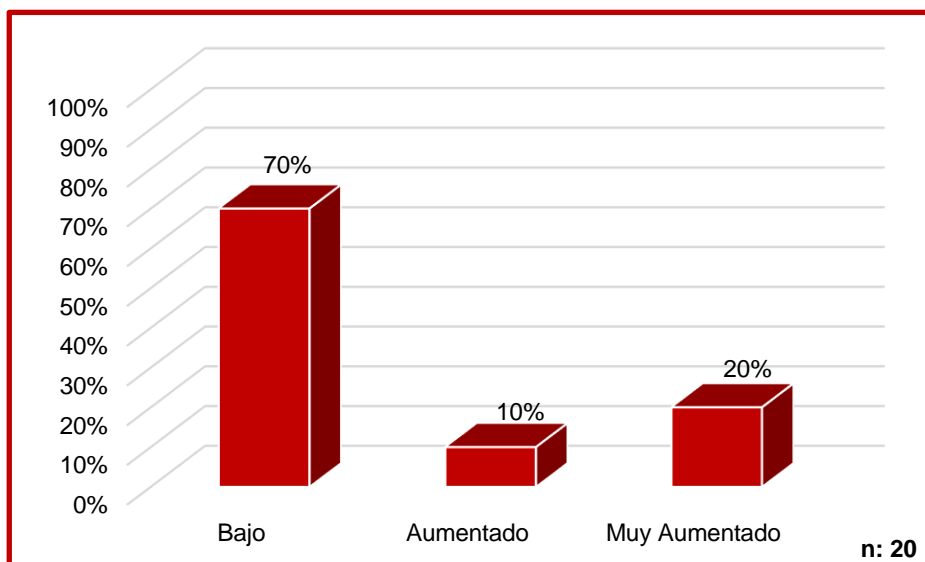
**Gráfico N°8:** Distribución de los valores de circunferencia de cintura de los pacientes con TP



Fuente: Elaboración propia

El promedio de los valores de CC es de 82.4 cm. Se puede visualizar que dichos valores oscilan desde un mínimo de 72.2 cm a un máximo de 116.8 cm. El 50% central de los datos se encuentra entre 72.325 y 91.525 cm de CC. Aquellos valores de CC comprendidas entre el 50% y el 75% de la muestra están más dispersos que entre el 25% y el 50%. El 25% de los valores menores de CC se encuentran más concentrados que el 25% de los mayores (Gráfico N°8).

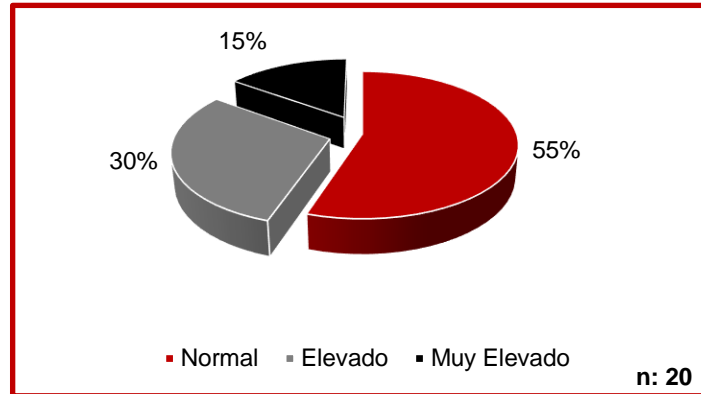
**Gráfico N°9:** Riesgo cardiovascular de pacientes con TP



Fuente: Elaboración propia

Se visualiza que 14 pacientes (70%) de la muestra presentan bajo riesgo cardiovascular. A su vez el 6 de ellos, representados por el 10% y 20% respectivamente, presentan riesgo cardiovascular aumentado, y muy aumentado (Gráfico N°9).

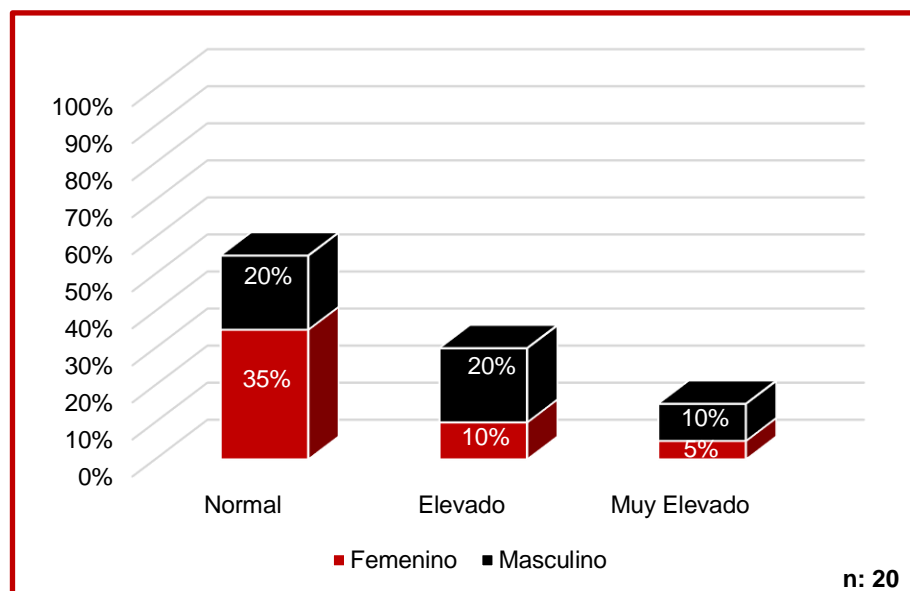
**Gráfico N°10:** Porcentaje de Masa Grasa de pacientes con TP



Fuente: Elaboración propia

Los resultados indican que 11 de los pacientes entrevistados (55%) poseen un porcentaje de grasa corporal normal, 6 de ellos (30%) presentan un porcentaje elevado y 3 (15%) un porcentaje muy elevado de grasa corporal (Gráfico N°10).

**Gráfico N°11:** Distribución de Masa Grasa por Sexo de pacientes con TP

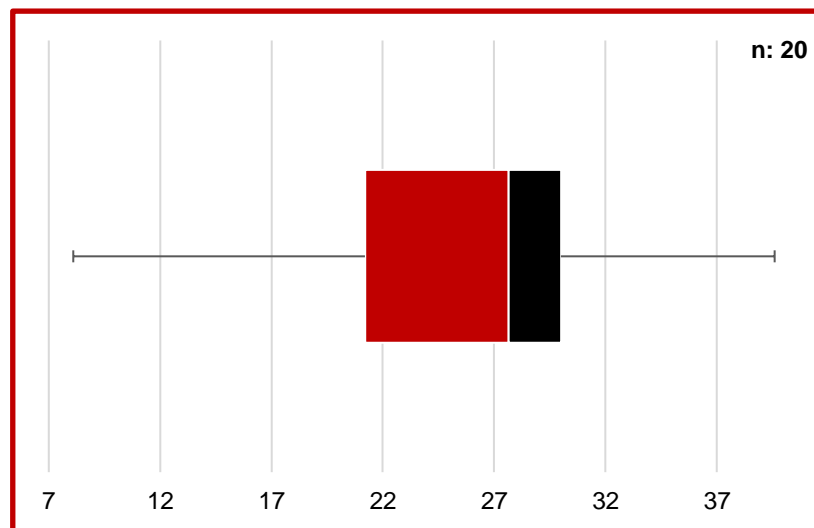


Fuente: Elaboración propia



El gráfico anterior muestra que del total de pacientes que presenta un porcentaje de masa grasa normal, 7 (35%) corresponden al sexo femenino y 2 (20%) al sexo masculino. A su vez, del 30% que presenta un porcentaje de masa grasa elevado, 2 (10%) corresponden al sexo femenino y 4 (20%) al sexo masculino y del 30% que presenta un porcentaje de masa grasa muy elevado, el 5% corresponde al sexo femenino y el 10% al masculino. Se puede visualizar que el sexo masculino presenta un mayor porcentaje de masa grasa (Gráfico N°11).

**Gráfico N°12:** Distribución del Porcentaje de Masa Grasa de pacientes con TP

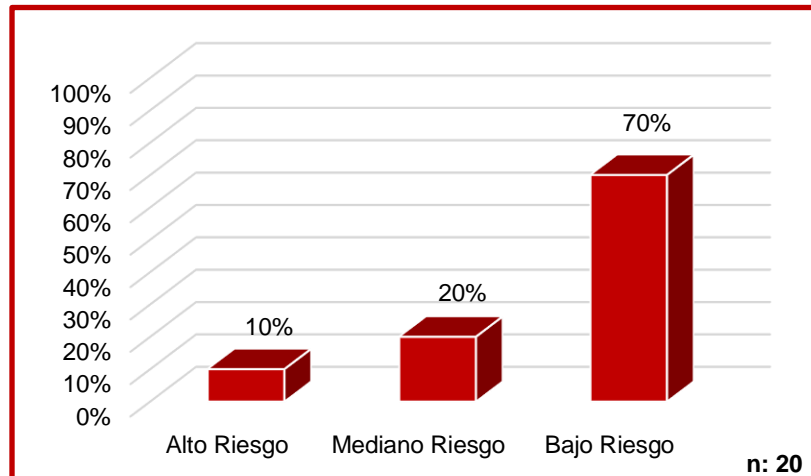


Fuente: Elaboración propia

El promedio de los valores de masa grasa es de 27.65%. Se puede visualizar que dichos valores oscilan desde un mínimo de 8.1% a un máximo de 39.6%. El 50% central de los datos se encuentra entre 21.2% y 30% de masa grasa. Los valores comprendidos entre el 25% y el 50% están más dispersos que aquellos entre el 50% y el 75%. El 25% de la muestra ha presentado valores superiores a 30% de masa grasa (Gráfico N°12).

Para determinar si los pacientes presentan algún tipo de riesgo de desarrollar Trastornos de la Alimentación, se emplea el instrumento de evaluación EAT-40 creado por Garner y Garfinkel en el año 1979, el cual consta de 40 reactivos con 6 opciones de respuestas tipo Likert con un punto de corte internacional de 30 puntos, lo cual se asocia a actitudes y conductas alimentarias de riesgo relacionadas con desórdenes alimentarios. Los resultados de la aplicación de esta evaluación se presentan en el siguiente gráfico:

**Gráfico N°13:** Riesgo de desarrollar un TCA en pacientes con TP

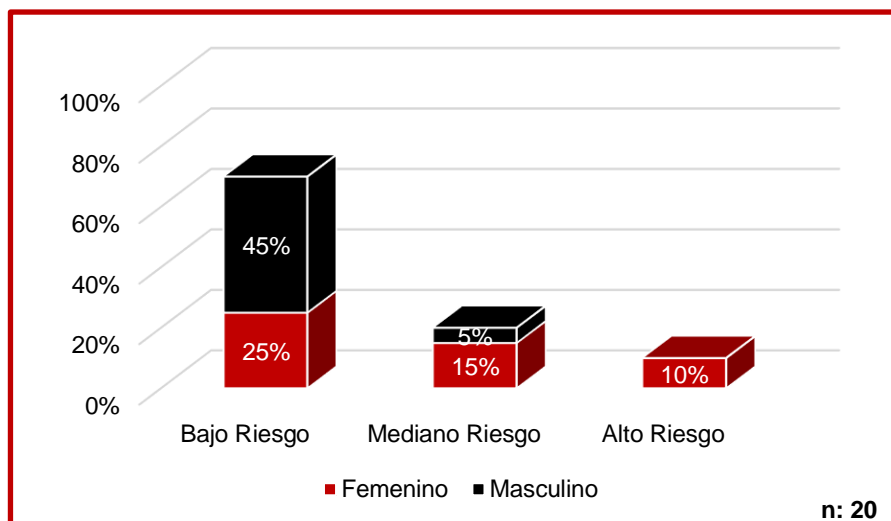


Fuente: Elaboración propia

Se observa que 14 pacientes (70%) quienes representan una gran parte de la muestra, tienen Bajo Riesgo de desarrollar Trastornos de la conducta alimentaria. Cabe destacar que los pacientes con Mediano y Alto Riesgo representan un 30% de la muestra, lo cual muestra una proporción considerable de pacientes con riesgo de desarrollar TCA (Gráfico N°13).

En cuanto a la distribución por sexo, se obtuvieron los siguientes resultados:

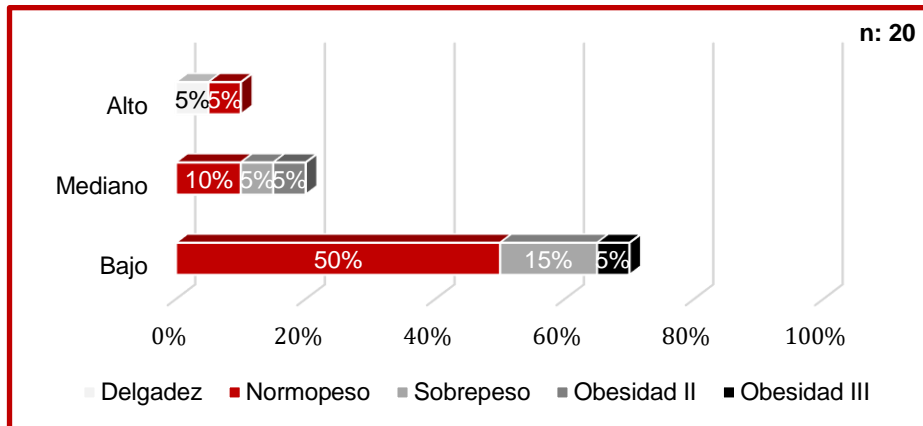
**Gráfico N°14:** Riesgo de desarrollar un TCA en pacientes con TP por sexo



Fuente: Elaboración propia

Del 70% de la muestra que presenta bajo riesgo de desarrollar TCA, 9 pacientes (45%) corresponde al sexo masculino y 5 (25%) al femenino. Son 5 (25%) los pacientes de sexo femenino que presentan riesgo de desarrollar un TCA y 1 (5%) de sexo masculino (Gráfico N°14).

**Gráfico N°15:** Riesgo de desarrollar un TCA y Estado Nutricional, en pacientes con TP

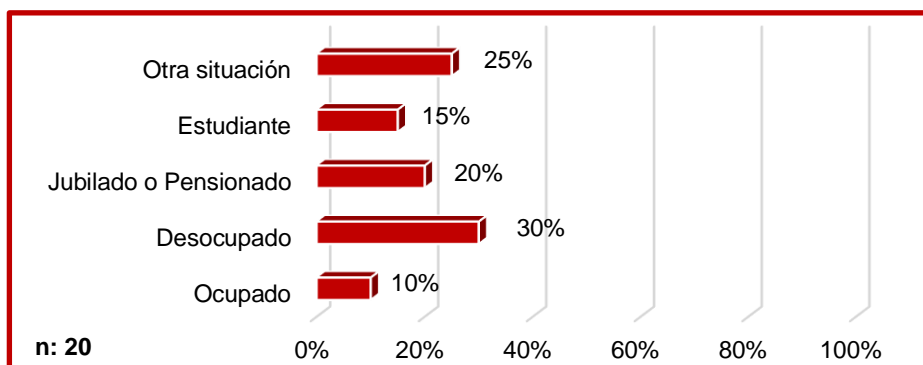


Fuente: Elaboración propia

Del 70% de la muestra que presenta bajo riesgo de desarrollar TCA, 10 pacientes (50%), presentan normopeso, 3 (15%) sobrepeso y 1 (5%) Obesidad grado III. Del 20% que presenta mediano riesgo de desarrollar un TCA, 2 (10%) presentan normopeso, 1 (5%) sobrepeso y 1 (5%) Obesidad grado II. Del 10% que presenta alto riesgo de desarrollar un TCA, 1 (5%) presenta un estado nutricional normal y 1 (5%) delgadez (Gráfico N°15).

A continuación, se analiza el Grado de ocupación de la muestra.

**Gráfico N°16:** Grado de ocupación de los pacientes con TP

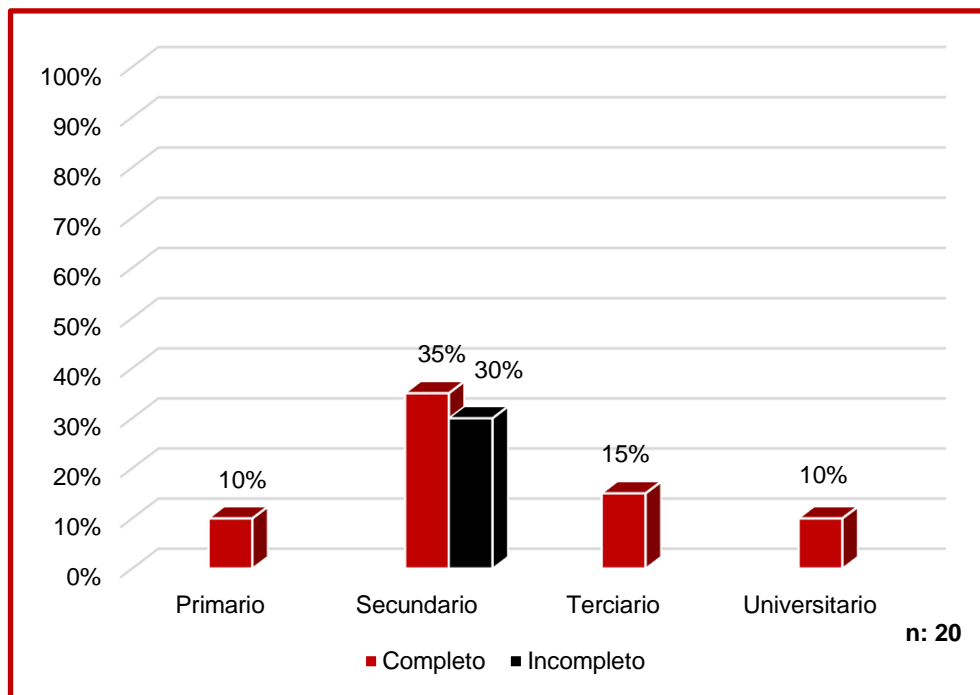


Fuente: Elaboración propia

Los resultados indican que 6 pacientes (30%) se encuentran desocupados y 5 de ellos (25%) se encuentra en otra situación. Del total de la muestra, 4 (20%) pertenece a la categoría de jubilado o pensionado mientras 3 (15%) pertenece a la categoría de estudiante. Por otro lado, 2 (10%) de los pacientes se encuentran ocupados (Gráfico N°16).

Seguidamente se determina el nivel de instrucción de los pacientes.

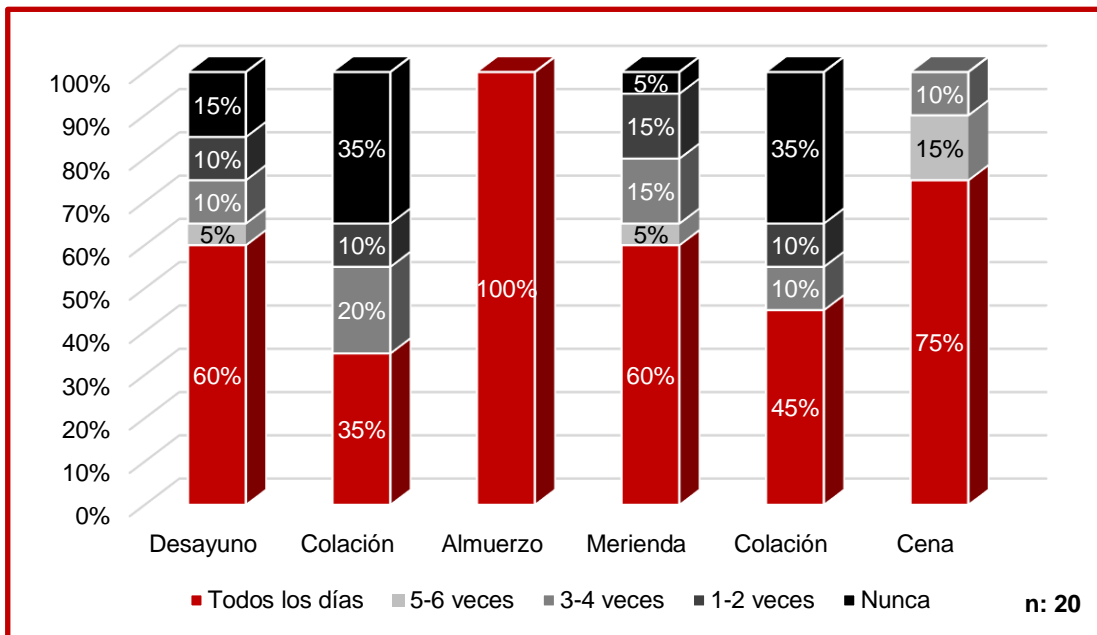
**Gráfico N°17:** Nivel de instrucción de los pacientes con TP



Fuente: Elaboración propia

En el anterior gráfico, se muestra que 8 de los pacientes entrevistados (40%) tienen un nivel de instrucción comprendido entre primaria completa, y secundaria incompleta, denotando un nivel de instrucción que podría resultar deficitario. Por otra parte 6 (30%) poseen el secundario incompleto y el 35% tiene un nivel de instrucción comprendido entre terciario y universitario completo (Gráfico N°17).

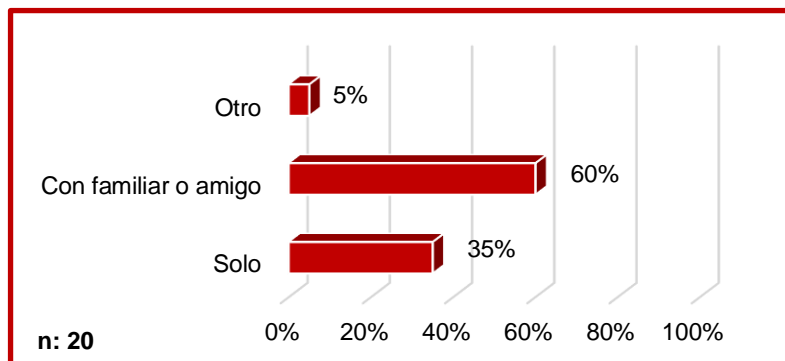
**Gráfico N°18:** Realización de las comidas de los pacientes con TP



Fuente: Elaboración propia

Los resultados indican que el 100% almuerza en forma diaria, mientras que la cena es realizada todos los días por 15 pacientes (75%). Considerando la muestra total, a diario realizan el desayuno y merienda, 12 (60%). La colación de media mañana es realizada por 7 pacientes (35%) y la de media tarde por 9 (45%). Por otra parte, 7 del total de la muestra (35%) no realiza ninguna de las dos colaciones. Respecto del desayuno, 3 personas (15%) no lo realizan y 1 (5%) no realiza la merienda (Gráfico N°18).

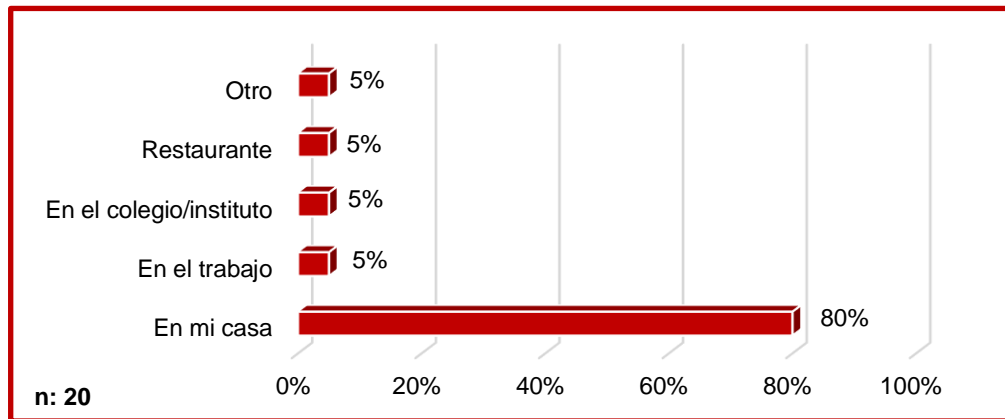
**Gráfico N°19:** Momento de realización de las comidas



Fuente: Elaboración propia

En el anterior gráfico se muestra que 20 pacientes (60%) realizan las comidas acompañado de un familiar o amigo. Por el contrario 7 (35%) comen solos, mientras que 1 (5%) seleccionó otra categoría (Gráfico N°19).

**Gráfico N°19: Lugar de realización de las comidas**

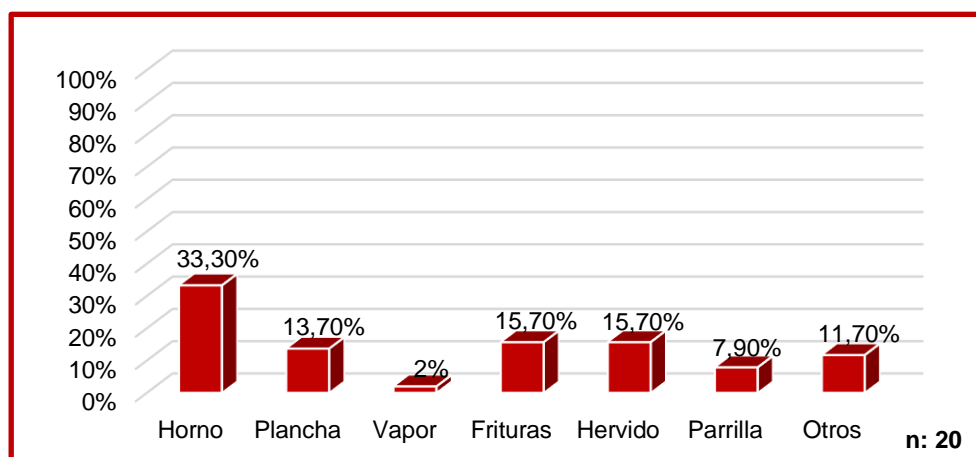


Fuente: Elaboración propia

Se observa que la mayoría de los pacientes realizan las comidas en su casa, representando un 80% de la muestra. El resto de los pacientes las realizan en el trabajo, en el colegio o instituto y en restaurantes; coincidiendo en un 5% (Gráfico N°19).

El siguiente gráfico se visualiza cuáles son los principales métodos de cocción utilizados para la preparación de alimentos, por los pacientes con TP.

**Gráfico N°20: Métodos de cocción utilizados por los pacientes con TP**

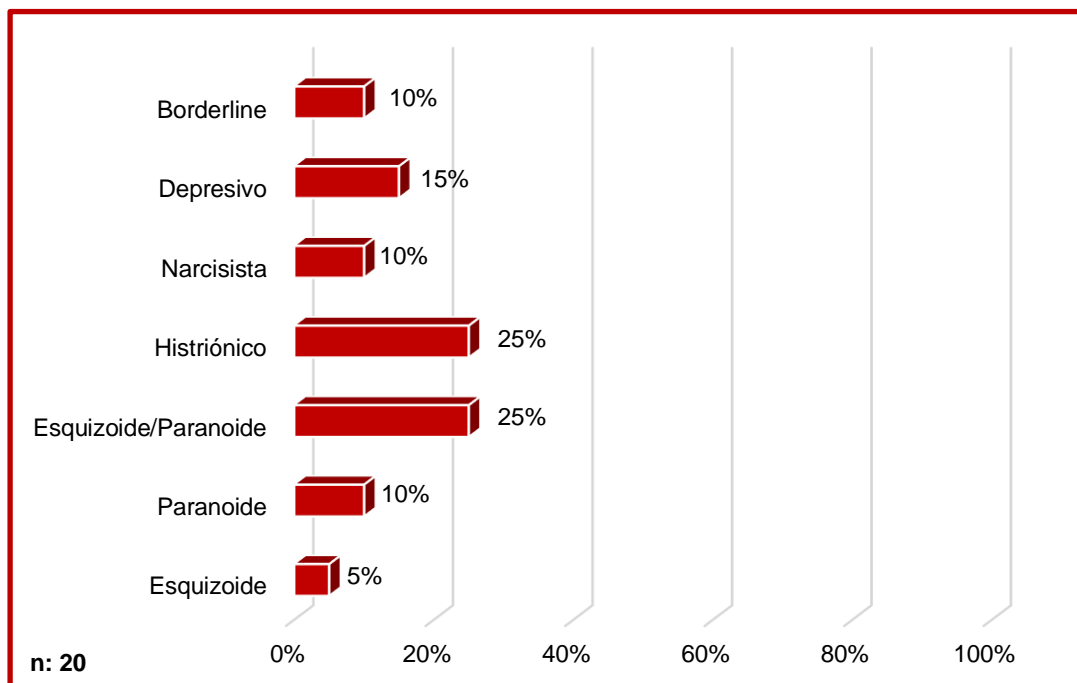


Fuente: Elaboración propia

El método de cocción más utilizado es el horno, representando un 33,3% de la muestra. Luego se utilizan mayormente las frituras y el método por hervido, representando un 15,7% de la muestra. El 13,7% corresponde al método de cocción a la plancha y un 11,7% representa otros métodos. Los métodos menos utilizados corresponden a la parrilla y al vapor, representando un 7,9% y 2% respectivamente (Gráfico N°20).

Posteriormente se especifica el tipo de trastorno de personalidad que presenta la muestra, clasificado según el DSM-IV: Paranoide, Esquizoide, Esquizotípico, Borderline, Histriónico, Narcisista, Antisocial, Evitativo, Dependiente, Obsesivo-Compulsivo, Pasivo-Agresivo-Negativista, Depresivo.

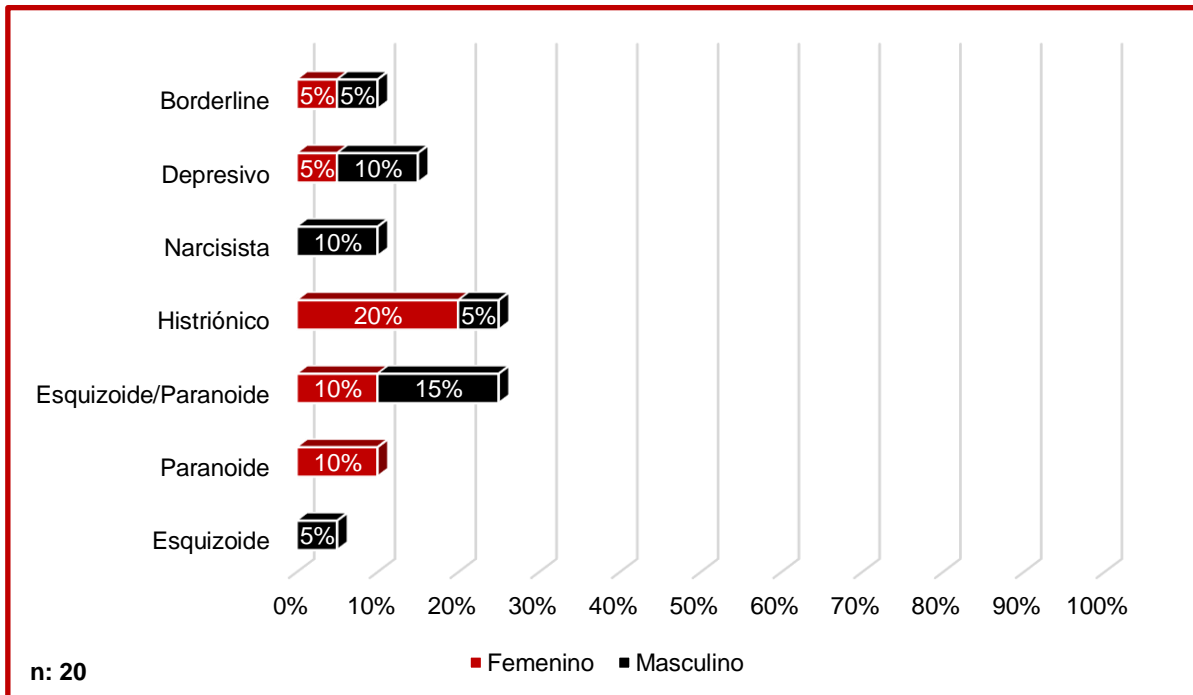
**Gráfico N°21:** Tipos de Trastornos de Personalidad presentes en la muestra



Fuente: Elaboración propia

Se puede observar que, del total de la muestra, 5 pacientes (25%) corresponden a trastornos de personalidad de tipo histriónico y 5 (25%) a trastornos de tipo paranoide-esquizoide. Luego, 3 (15%) presentan trastornos de personalidad de tipo depresivo, seguido por el trastorno de tipo paranoide y narcisista, que representan el 10% de la muestra. Asimismo, el 10% corresponde a trastornos de personalidad de tipo Borderline y 5% presentan trastornos de tipo Esquizoide (Gráfico N°21).

Gráfico N°22: Tipos de Trastornos de Personalidad por Sexo



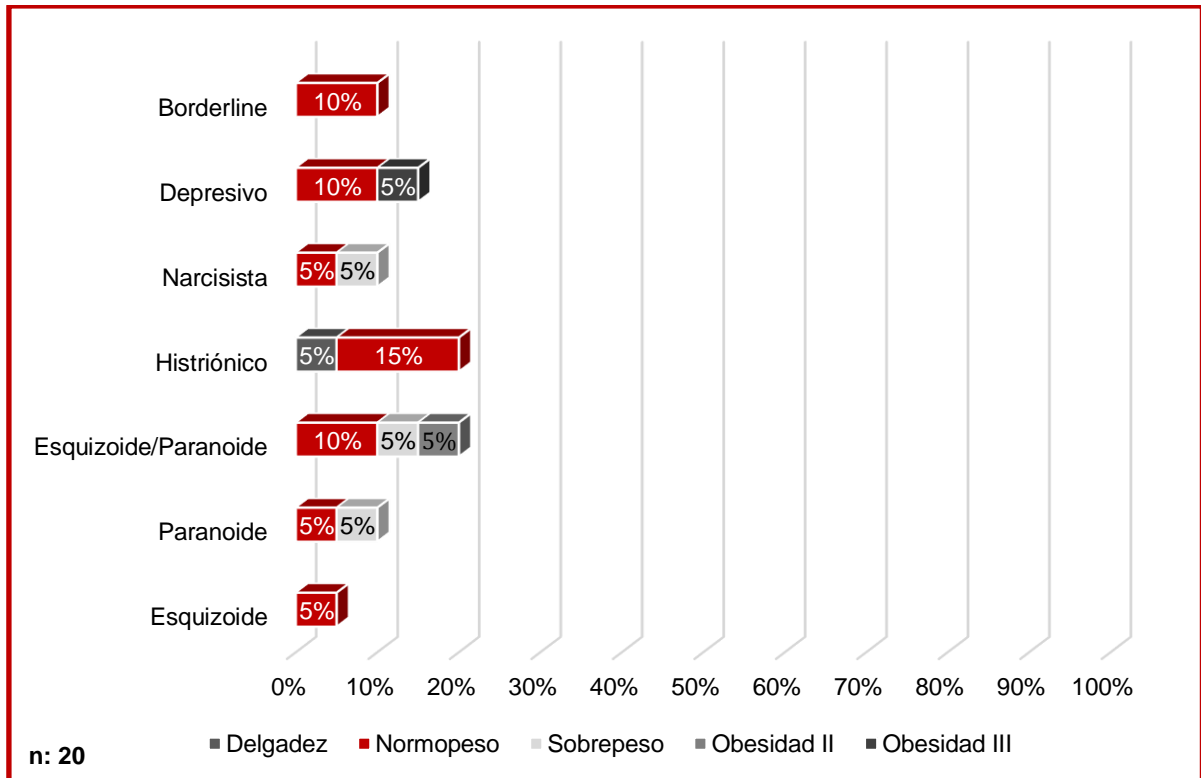
Fuente: Elaboración propia

Se visualiza que de los 5 pacientes (25%) que corresponden a trastornos de personalidad de tipo histriónico, 4 son del sexo femenino y 1 del masculino; y 5 (25%) de los que corresponden a trastornos de tipo paranoide-esquizoide, 2 son del sexo femenino y 3 del masculino. Luego, 3 (15%) presentan trastornos de personalidad de tipo depresivo, 1 de sexo femenino y 2 de sexo masculino; seguido por el trastorno de tipo paranoide y narcisista, que representan el 10% de la muestra y corresponden al sexo femenino y masculino respectivamente.

Asimismo, los trastornos de personalidad de tipo Borderline están representados por 1 paciente de sexo femenino y 1 del masculino; y 1 paciente de sexo masculino presenta trastornos de tipo Esquizoide (Gráfico N°22).



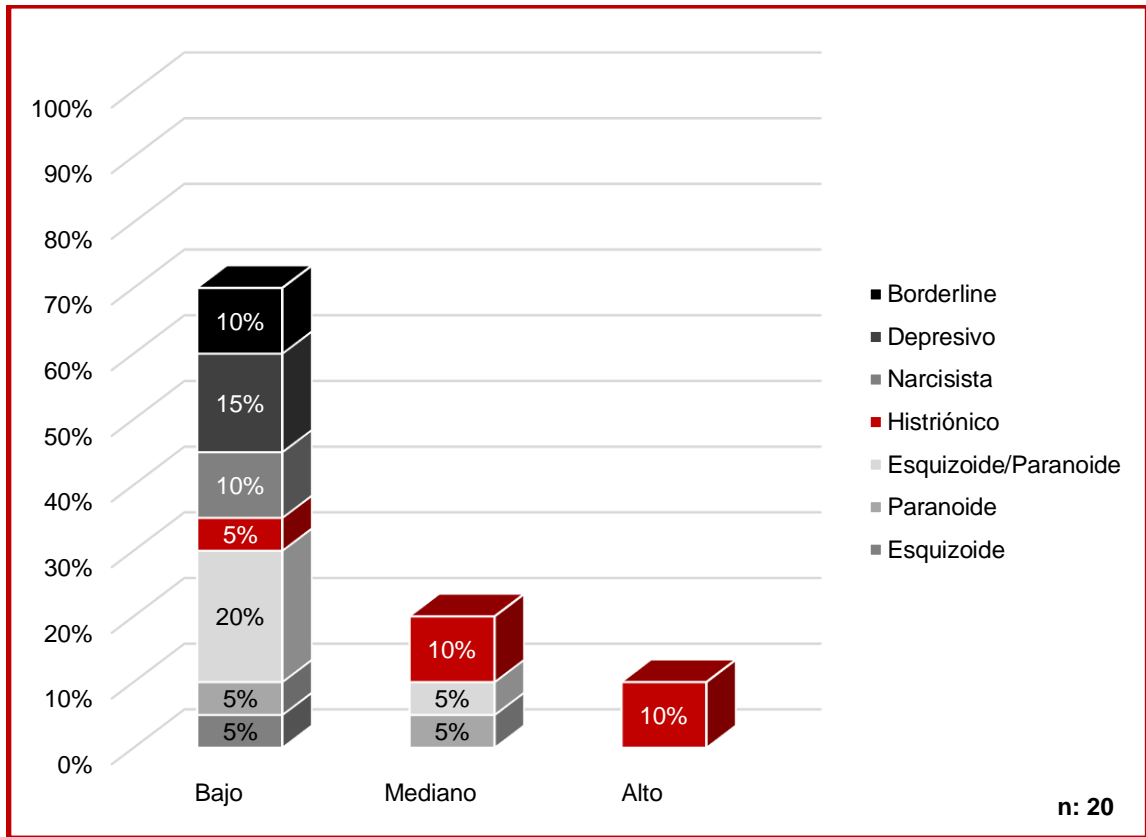
Gráfico N°23: Tipos de Trastornos de Personalidad y Estado Nutricional



Fuente: Elaboración propia

Se puede observar que la totalidad de la muestra que presenta normopeso, posee diferentes trastornos de personalidad. Se observa que pacientes con TP Paranoide, Esquizoide, Esquizoide-Paranoide y Narcisista presentan sobrepeso. A su vez, un paciente con TP esquizoide-paranoide presenta Obesidad grado II y un paciente con TP depresivo presenta Obesidad grado III. Por último, un paciente con TP histriónico, presenta delgadez (Gráfico N°23).

**Gráfico N°24:** Riesgo de TCA y Tipo de Trastorno de la Personalidad



Fuente: Elaboración propia

La totalidad de la muestra que presenta bajo riesgo de desarrollar TCA, posee diferentes trastornos de personalidad. Del 20% que presenta mediano riesgo de desarrollar TCA, 2 pacientes (10%) corresponden al TP Histriónico, 1 (5%) al TP Esquizoide-Paranoide y 1 (5%) al TP Paranoide. El 10% que presenta alto riesgo de desarrollar TCA, corresponde al TP Histriónico (Gráfico N°24).

Seguidamente, se presenta la grilla de observación, obtenida a partir de la historia clínica.

Pte	Sexo	Edad	Fecha de inicio de consulta	Tipo de Trastorno de la Personalidad	Enfermedades asociadas	Tratamiento	Antecedentes
1.	M	18	21/07/17 Internación 01/09/18 Alta Continúa tto en consultorio externo.	Borderline	Adicción a múltiples sustancias: marihuana, cocaína y psicofármacos.	Estabilizador del ánimo Antimaniaco Antipsicótico	Comportamiento inadecuado.
2.	M	21	09/08/17 Internación 12/12/18 Alta Continúa tto en consultorio externo.	Esquizoide Paranoide	Adicción a la marihuana.	Antipsicótico Antidepresivo	Descompensación psicótica. Delirio persecutivo.
3.	F	15	28/09/18	Histriónico		Ansiolítico Antidepresivo	Síndrome posttraumático
4.	F	56	20/04/15 Internación 01/09/15 Alta Continúa tto en consultorio externo	Esquizoide Paranoide		Antipsicótico Ansiolítico	Ideas paranoides y místicas. Delirio de autorreferencia. Episodio psicótico.
5.	F	44	04/03/16 y 27/06/17 Internación 01/06/16 y 02/09/17 Alta Continúa tto en consultorio externo	Paranoide		Estabilizador del estado de ánimo	Incremento de rasgos paranoides y esquizoides. Ideas delirantes de persecución. Celotipia
6.	F	68	05/06/17 Tto en consultorio externo.	Paranoide		Ansiolítico Antipsicótico.	Alucinaciones. Interpretaciones paranoides.
7.	F	44	16/04/18 Tto en consultorio externo.	Esquizoide Paranoide		Antipsicótico Regulador del sueño	Brotos psicóticos esporádicos. Ideas místicas. Ideas delirantes paranoides autorreferenciales.
8.	M	28	18/07/08 Internación 20/05/09 Alta Continúa tto en consultorio externo.	Esquizoide	Consumo de drogas y alcohol.	Antipsicótico Ansiolítico	Trastornos conductuales. Pérdida de lucidez de consciencia. Cefaleas y mareos
9.	M	18	28/08/17 Tto en consultorio externo	Depresivo		Antipsicótico Antidepresivo Ansiolítico	Ideas de muerte. Intoxicación medicamentosa. Ataques de pánico. Intento de suicidio.
10.	M	48	29/05/15 Tto en consultorio externo.	Depresivo	Consumo de alcohol.	Ansiolítico. Antidepresivo	Cuadro depresivo. Sentimientos de desánimo, angustia,


## ANÁLISIS DE DATOS

							desesperanza. Intento de suicidio.
11.	F	55	17/04/18 Tto en consultorio externo	Depresivo	Consumo de alcohol	Antidepresivo.	Ansiedad, angustia, abulia. Hipersomnia
12.	F	46	23/10/17 Tto en consultorio externo	Histriónico	Consumo de alcohol y drogas. Vigorexia.	Ansiolítico Antipsicótico. Antidepresivo.	Intoxicación aguda. Ansiedad, angustia. Distimia.
13.	M	19	15/06/18 Tto en consultorio externo.	Esquizoide Paranoide		Antidepresivo Antipsicótico	Trastorno del comportamiento. Conductas psicóticas.
14.	F	46	15/02/18 Tto en consultorio externo.	Histriónico			Excitación psicomotriz. Angustia, llanto. Dolores musculares múltiples.
15.	M	32	26/07/18 Tto en consultorio externo	Narcisista	Adicción a cocaína.	Antipsicótico. Antidepresivo.	Ideas delirantes paranoicas.
16.	M	31	22/08/15 Internación 07/03/17 Alta Continúa tto en consultorio externo.	Esquizoide Paranoide		Antipsicótico. Ansiolítico.	Aislamiento. Violencia. Ideas delirantes.
17.	F	65	17/04/17 Tto en consultorio externo.	Histriónico		Ansiolítico. Antipsicótico.	Insatisfacción. Somatizaciones. Abulia. Gastritis, hernia de hiato.
18.	M	47	17/09/18 Tto en consultorio externo.	Narcisista	Consumo de sustancias.	Estabilizador del ánimo. Antipsicótico.	Episodio psicótico secundario a intoxicación con cocaína. Ideas delirantes de perjuicio.
19.	M	22	24/11/15 Internación 02/08/17 Alta. Continúa tto en consultorio externo.	Histriónico	Adicción a múltiples sustancias	Estabilizador del ánimo. Antipsicótico. Sedante.	Ideas delirantes. Trastorno somatomorfo.
20.	F	43	12/10/18 Tto en consultorio externo.	Borderline		Antipsicótico. Estabilizador del ánimo.	Episodio psicótico agudo. Alucinaciones.

Fuente: Elaboración propia

A continuación, se analizan los datos obtenidos a partir de la frecuencia de consumo

**Tabla N°1**



*Fuente: Hoz (2018)*

<b>LECHE YOGUR Y QUESOS</b>		
% de consumo	Gr promedio (día)	% de adecuación
100	295	0

Fuente: Elaboración propia

Consumen leche, yogur y queso, el 100% de la muestra, con un promedio diario de 295 gr. Según recomendaciones de las Guías Alimentarias para la población argentina, el consumo debe ser 530 gr diarios de este grupo para una dieta de 2000 kcal. Si bien, la totalidad de la muestra ingiere lácteos y derivados, ninguno de los pacientes llega a cubrir la recomendación.


**Tabla N°2**

	% de consumo	N° de personas	Gr promedio (día)
<b>Leche</b>	80	16	188.36
<b>Yogur</b>	75	15	59.43
<b>Queso</b>	100	20	47.20

Fuente: Elaboración propia

Consumen leche el 80% de la muestra con un promedio diario de 188.36 gr por día. El yogur es consumido por el 75% de los pacientes con un promedio diario de 59.43 gramos. La totalidad de la muestra refiere consumir queso con un promedio de 47.20 gramos por día.

**Tabla N°3**



LECHE Y YOGUR				
	% de consumo	N° de personas	Gr promedio (día)	% de adecuación
	95	19	247.79	0


Fuente: Hoz (2018)<sup>142</sup>

Fuente: Elaboración propia

Se puede observar del cuadro anterior, que el 95% del total de la muestra, consume leche y yogur. Según las GAPA, el consumo entre ambos alimentos o de cada uno de manera individual, debe ser 500 gr diarios. Aunque gran parte de la muestra consume tanto leche como yogur, ninguno de los pacientes llega a cubrir la recomendación.

En continuidad con los alimentos anteriores, se representa la elección de su versión entera o descremada.

**Tabla N°4**



	Leche entera			Leche semidescremada		
	% de consumo	N° de personas	Gr promedio (día)	% de consumo	N° de personas	Gr promedio (día)
	56.25	9	126.71	43.75	7	61.64


Fuente: Hoz (2018)

Fuente: Elaboración propia

Analizando sólo la leche fluida, se observa que el consumo de la opción semidescremada es de un 43.75% y el de leche entera de 56.25%.

<sup>142</sup> Hoz, S. (2018). Alimentación Saludable en la escuela.

**Tabla N°5**


	Yogur entero			Yogur descremado		
	% de consumo	N° de personas	Gr promedio (día)	% de consumo	N° de personas	Gr promedio (día)
	60	9	45.32	40	6	14.11

*Fuente: Hoz (2018)*

Fuente: Elaboración propia

En cuanto al yogur se observa que en su forma entera lo consume el 60% de los pacientes. El yogur descremado es consumido por el 40% de la muestra.

**Tabla N°6**


	Queso unttable entero			Queso unttable descremado		
	% de consumo	N° de personas	Gr promedio (día)	% de consumo	N° de personas	Gr promedio (día)
	11.1	1	0.38	88.9	8	3.72

*Fuente: de la O (2018)*

Fuente: Elaboración propia

En relación con el queso unttable, su versión entera es consumida por un 11.1% de la muestra mientras que el 88.8% de los pacientes consumen queso descremado.

**Tabla N°7**

	QUESO CREMOSO		
	% de consumo	N° personas	Gr promedio (día)
	100	20	43.28


*Fuente: Hoz (2018)*

Fuente: Elaboración propia

Respecto del queso cremoso, es consumido por la totalidad de la muestra, con un promedio de 43.28 gramos diarios.

Los resultados de consumo de carnes y huevo se observan en la siguiente tabla

**Tabla N°8**


		<b>CARNES Y HUEVO</b>				
		% de consumo	N° de personas	Gr promedio (día)	% de adecuación	N° de personas
		100	20	165.75	5	1

*Fuente: Hoz (2018)*

Fuente: Elaboración propia

La recomendación propuesta por las GAPA para este grupo de alimentos es de 155 gramos por día. La totalidad de la muestra consume carnes y huevo, con un promedio diario de 165.75 gr. El 5% de los pacientes se adecúa a las recomendaciones, el 35% presenta una ingesta inadecuada por exceso y el 60% restante no alcanza las recomendaciones.

**Tabla N°9**

		<b>CARNE ROJA</b>			
		% de consumo	N° de personas	Gr promedio (día)	Frecuencia semanal
		40	8	95.46	3.5

*Fuente: Hoz (2018)*

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a las carnes rojas, se puede ver un porcentaje de consumo del 40% en general, con un promedio de 95.46 gramos por día, y una frecuencia semanal de 3.5.

En las siguientes tablas se especifican los resultados en cuanto al consumo de pollo y pescado.



**Tabla N°10**

**POLLO**



Fuente: Hoz (2018)

% de consumo	N° de personas	Gr promedio (día)	Frecuencia semanal
90	18	31.4	1.8

Fuente: Elaboración propia

El pollo representa un porcentaje del 90% del consumo, con un promedio diario de 31.4 gramos y 1.8 veces de frecuencia en una semana.

**Tabla N°11**

**PESCADO**



Fuente: Hoz (2018)

% de consumo	N° de personas	Gr promedio (día)	Frecuencia semanal
30	6	7.29	1.6

Fuente: Elaboración propia

El pescado es el que presenta un menor porcentaje de consumo, de 30%, con una ingesta diaria promedio de 7.30 gramos, y una frecuencia de 1,6 veces por semana.

A continuación, se presenta individualmente, el consumo de huevo.

**Tabla N°12**

**HUEVO**



Fuente: Hoz (2018)





% de consumo	N° de personas	Gr promedio (día)	Frecuencia semanal
95	19	31.6	3.6

Fuente: Elaboración propia

El huevo es consumido por casi la totalidad de la muestra, representando el 95%, con una ingesta diaria de 31.6 gramos, y 3.6 veces de frecuencia en una semana. La recomendación es de 25 gr diarios. El 30% de los pacientes se adecúa a las recomendaciones, el 5% presenta una ingesta inadecuada por exceso y el 65% restante no alcanza las recomendaciones.

Los resultados de consumo de hortalizas A y B se observan en la siguiente tabla

**Tabla N°13**

		<b>HORTALIZAS A Y B</b>				
		% de consumo	N° de personas	Gr promedio (día)	% de adecuación	N° de personas
		95	19	213.75	10	2
						




*Fuente: Hoz (2018)*

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a los vegetales A y B, la recomendación diaria es de 400 gramos, el 95% de la muestra los consume, con un promedio diario de 213.75gr. El 10% de los pacientes cubre las recomendaciones.

En las siguientes tablas se muestra el consumo de frutas, y su combinación con hortalizas.

**Tabla N°14**


		<b>FRUTAS</b>				
		% de consumo	N° de personas	Gr promedio (día)	% de adecuación	N° de personas
		95	19	91.79	5	1
						

*Fuente: Hoz (2018)*

Fuente: Elaboración propia

El 95% de los pacientes consume frutas. Según las recomendaciones de las Guías Alimentarias, se deben consumir 300 gramos diarios. El promedio de ingesta que se observa en la anterior tabla es de 91.79 gramos por día, y el porcentaje de adecuación es de 5%, es decir solo un paciente cubre recomendación.

**Tabla N°15**

		HORTALIZAS A Y B + FRUTAS				
		% de consumo	N° de personas	Gr promedio (día)	% de adecuación	N° de personas
		100	20	305.54	5	1

*Fuente: Hoz (2018)*


Fuente: Elaboración propia

Las GAPA, recomiendan un consumo diario de 700 gramos, de hortalizas de grupo A, B y frutas.

Al unir ambos grupos de alimentos, se visualiza que la totalidad de la muestra los consume con un promedio de 305.54 gramos por día. El 5% se adecúa a las recomendaciones propuestas. El 95% restante no alcanza las recomendaciones.

A continuación, se observa el consumo de feculentos cocidos.

**Tabla N°16**

		FECULENTOS COCIDOS Y PAN				
		% de consumo	N° de personas	Gr promedio (día)	% de adecuación	N° de personas
		100	20	333.79	5	1


*Fuente: Hoz (2018)*

Fuente: Elaboración propia

Los feculentos cocidos incluyen cereales integrales y derivados, pastas, legumbres, papa, batata, choclo y mandioca, estas últimas denominadas comúnmente como hortalizas feculentas.

La totalidad de la muestra consume feculentos cocidos y pan; con un promedio diario de 333.79 gramos. El 5% de los pacientes se adecúa a las recomendaciones que representan una ingesta de 370 gramos por día de feculentos y pan. Del total de la muestra, el 30% presenta una ingesta inadecuada por exceso, mientras que el 65% restante representa una ingesta inadecuada por defecto.

**Tabla N°17**



		Pan			Legumbres		
		% de consumo	N° de personas	Gr promedio (día)	% de consumo	N° de personas	Gr promedio (día)
		90	18	58.39	70	14	9

Fuente: Hoz (2018)


Fuente: Elaboración propia

Al evaluar por separado la frecuencia de consumo de pan y legumbres, el 90% de los pacientes refiere incorporar el primero en su alimentación. La ingesta promedio por día es de 58.39 gramos, y el porcentaje de adecuación de 10%, es decir 2 de 20 pacientes consumen 120 gramos de pan por día.

Con respecto a las legumbres, el 70% manifiesta consumirlas. Sin embargo, el consumo promedio diario es de 9 gramos y una frecuencia de 1.3 veces por semana.

En el siguiente gráfico se muestra la ingesta de frutas secas y aceites.

**Tabla N°18**




		ACEITE Y FRUTAS SECAS				
		% de consumo	N° de personas	Gr promedio (día)	% de adecuación	N° de personas
		100	20	26.39	5	1

Fuente: de la O (2018)

Fuente: Elaboración propia

Con respecto al aceite y los frutos secos, el 95% de la muestra los consume, con un promedio de 26.39 gr por día. El 5% de los pacientes, se adecúa a las recomendaciones que representan una ingesta de 30 gramos diarios. Un 20% presenta una ingesta inadecuada por exceso; no obstante, 15 pacientes del total de la muestra presentan una ingesta inadecuada por defecto.

**Tabla N°19**

	Galletitas de agua			Galletitas dulces		
	% de consumo	N° de personas	Gr promedio (día)	% de consumo	N° de personas	Gr promedio (día)
	80	16	29.14	85	17	26.25

*Fuente: de la O (2018)*


Fuente: Elaboración propia

Las galletitas son consumidas por la totalidad de la muestra con un promedio diario de 55.39 gramos.

El 80% de los pacientes consume 29.14 gramos de galletitas de agua por día, mientras que el 85% consume 26.25 gramos diarios.

A continuación, se presenta el consumo de azúcar y mermelada.

**Tabla N°20**

	Azúcar			Mermelada		
	% de consumo	N° de personas	Gr promedio (día)	% de consumo	N° de personas	Gr promedio (día)
	85	17	15.71	70	14	9.71

*Fuente: de la O (2018)*


Fuente: Elaboración propia

Al considerar el grupo de azúcar y mermeladas, el 95% de la muestra manifiesta consumir alguno de estos productos. El promedio general es de 25.4 gramos al día.

En relación con el consumo de azúcar, el 85% de la muestra presenta una ingesta promedio de 15.71 gramos diarios y una frecuencia de 4.5 veces por semana.

Respecto a la mermelada, su consumo es representado por el 70% de los pacientes y la ingesta promedio es de 9.71 gramos por día.

**Tabla N°21**

	<b>Golosinas</b>			<b>Snacks</b>		
	% de consumo	N° de personas	Gr promedio (día)	% de consumo	N° de personas	Gr promedio (día)
	75	15	25.38	55	11	7.06


*Fuente: de la O (2018)*

Fuente: Elaboración propia

Las golosinas son consumidas por el 75% de los pacientes, con un promedio de consumo diario de 25.38 gramos y una frecuencia semanal de 4.4.

El 55% de la muestra presenta una ingesta promedio de 7 gramos por día de snacks y una frecuencia semanal de 1.5; menor que el grupo anterior.

**Tabla N°22**

	<b>Manteca</b>			<b>Copos de cereal</b>		
	% de consumo	N° de personas	Gr promedio (día)	% de consumo	N° de personas	Gr promedio (día)
	50	10	2.66	50	10	7.6

*Fuente: de la O (2018)*


Fuente: Elaboración propia

Al evaluar por separado la frecuencia de consumo manteca y copos de cereal, se observa que el 50% de los pacientes refiere incorporar el primero en su alimentación, en bajas proporciones. La ingesta promedio por día es de 2.66 gramos.

Con respecto a los copos de cereal, la mitad de la muestra manifiesta consumirlos y el consumo promedio diario es de 7.6 gramos.

Seguidamente está representada la ingesta de gaseosas y aguas saborizadas comerciales.

**Tabla N°23**



Agua saborizada con azúcar			Gaseosa con azúcar		
% de consumo	N° de personas	Cc promedio (día)	% de consumo	N° de personas	Cc promedio (día)
65	13	125	20	4	13.21

*Fuente: de la O (2018)*


Fuente: Elaboración propia

El 85% de la muestra consume gaseosas o aguas saborizadas con azúcar. El promedio general es de 150 gramos por día.

Del total de pacientes, 4 consumen gaseosas y la ingesta promedio es de 13.21 gramos diarios. Por otra parte, es mayor el número de pacientes que consume aguas saborizadas, representando el 65% de la muestra y 125 gramos su consumo diario.

Por último, se presentan los resultados del consumo de agua y gaseosas sin azúcar.

**Tabla N°24**



Agua			Gaseosa sin azúcar		
% de consumo	N° de personas	Cc promedio (día)	% de consumo	N° de personas	Cc promedio (día)
95	19	750	55	11	30.7

*Fuente: de la O (2018)*

Fuente: Elaboración propia

El consumo de agua es en promedio de 750 cc, por el 95% de la muestra. Las GAPA recomiendan un consumo diario de 1200 cc por día.

El 35%, representado por 7 pacientes del total de la muestra, se adecúa a las recomendaciones, el 10% presenta una ingesta mayor a la recomendada, mientras que el 55% restante no alcanza la cantidad adecuada.

La mitad de la muestra consume 30.7 cc de gaseosas sin azúcar, con una frecuencia de 2 veces por semana.



# CON CLU SIÓN

▲ 2018  
UNIVERSIDAD  
FASTA

SOFÍA DE LA O  
—

*Licenciatura en  
Nutrición*

En los últimos años los TCA están recibiendo una atención creciente desde distintas disciplinas científicas. Una de las líneas de investigación en este campo trata de estudiar los factores implicados tanto en la adquisición como en el mantenimiento de las alteraciones del comportamiento alimentario.

Actualmente, se propone un abordaje biosocial que considera una etiología multifactorial y contempla factores biológicos, psicológicos y sociales que interactúan para conformar una determinada psicopatología. Dentro del estudio de los factores psicológicos, uno de los aspectos que más consideración está recibiendo es la personalidad.

Los rasgos de personalidad ocupan un lugar muy importante en el origen de los TCA. Se han obtenido datos convincentes al relacionar los TCA con determinados rasgos del temperamento y carácter, que aparentemente pueden ser determinantes en la presentación, el origen, el curso y la evolución de los mismos. Investigaciones actuales consideran a los rasgos de personalidad, de acuerdo con su intensidad y forma de expresión, como factores importantes, que influyen en la conducta alimentaria, y determinantes para el origen, la evolución, el pronóstico y el tratamiento.

En relación con los datos analizados el 50% de los pacientes con diagnóstico de Trastorno de Personalidad que asisten a una Clínica Psiquiátrica de la ciudad de Necochea, pertenecen al sexo femenino.

Las edades oscilan entre los 15 y los 68 años con una media de 43.5 años. En cuanto al peso corporal se observó que los valores van desde un mínimo de 45 kilogramos a un máximo de 121.2 kilogramos, con una media de 63.4 kilogramos. Respecto a la talla, el 50% de los datos se ubica entre 160.375 y 175 centímetros. Los resultados obtenidos en relación con el IMC reflejan que el promedio de los valores es de 22.35 kg/m<sup>2</sup>. Se puede visualizar que dichos valores se ubican desde un mínimo de 17 kg/m<sup>2</sup> a un máximo de 40.9 kg/m<sup>2</sup>.

La mayor parte de la muestra presenta un estado nutricional normal. No obstante, cabe destacar que un 20% presenta preobesidad. Además, una parte pequeña de los pacientes presenta delgadez, obesidad grado II y obesidad grado III; coincidiendo todas en un 5%. En cuanto a la distribución por sexo se puede observar que del 20% que presenta preobesidad, un 5% corresponde al sexo femenino y un 15% al masculino y la parte de la muestra que presenta obesidad grado II, obesidad grado III y delgadez; corresponden al sexo femenino.

En cuanto a los valores de circunferencia de cintura, cabe destacar que el 70% de los pacientes presentan bajo riesgo cardiovascular, sin embargo 10% y 20% de la muestra, presenta riesgo cardiovascular aumentado, y muy aumentado respectivamente.

Se advierte que el 30% de la muestra presenta un porcentaje elevado y el 15% un porcentaje muy elevado de grasa corporal. El sexo masculino presenta un mayor porcentaje de grasa corporal. Respecto de la distribución, el promedio de los valores de masa grasa es de 27.65%.

Con respecto al perfil sociodemográfico, los resultados indican que el 30% de los pacientes se encuentran desocupados, el 20% pertenece a la categoría de jubilado o pensionado, el 10% pertenece a la categoría de estudiante y el 10% restante se encuentra ocupado. En lo referente al nivel de instrucción, el 40% de la muestra posee un nivel de instrucción comprendido entre primaria completa, y secundaria incompleta, denotando un nivel de instrucción que podría resultar deficitario. Por otra parte, el 30% poseen el secundario incompleto y el 35% restante tiene un nivel comprendido entre terciario y universitario completo.

Se observa que un 70% de la muestra presenta Bajo Riesgo de desarrollar un TCA. Cabe destacar que los pacientes con Mediano y Alto Riesgo representan un 30% de la muestra, lo cual indica una proporción considerable de pacientes con riesgo de desarrollar un TCA. Los pacientes pertenecientes al sexo femenino presentan un mayor riesgo de desarrollar un TCA. En cuanto a datos generales de prevalencia, en un estudio llevado a cabo en España (Pelaez-Fernández et al., 2007)<sup>143</sup> se encontró una prevalencia mayor de TCA, de 5.34% en mujeres y de 0.64% en hombres

Al establecer la relación entre las variables Estado Nutricional y Riesgo de desarrollar TCA, se obtiene como resultado que aquellos pacientes con un estado nutricional fuera de los parámetros normales, tanto por exceso como por déficit, presentan algún riesgo de desarrollar Trastornos de la Alimentación. Estos resultados eran de esperarse ya que se considera al peso corporal como uno de los factores de riesgo más importantes y predisponentes para desarrollar un TCA y es por esto que se utiliza la antropometría como una herramienta de utilidad para realizar un diagnóstico nutricional.

En relación con los TP, se puede observar que, del total de la muestra el 25% corresponde a trastornos de personalidad de tipo histriónico y 25% a trastornos de tipo paranoide-esquizoide. Luego, en menor proporción, se presentan los demás TP. En cuanto

---

<sup>143</sup> En dicho estudio, se evaluó la prevalencia de trastornos de la alimentación en una muestra escolar representativa y se evaluaron los factores demográficos asociados con el trastorno.

al Estado Nutricional, se visualiza que quienes presentan sobrepeso, obesidad grado II y grado III, son los pacientes con TP paranoide, esquizoide, esquizoide-paranoide, narcisista y depresivo; quien presenta delgadez corresponde al TP histriónico.

Posteriormente, al establecer la relación entre Riesgo de desarrollar un TCA y TP, se obtiene como resultado que el TP Esquizoide-Paranoide y Paranoide presentan mediano riesgo y el TP Histriónico presenta mediano y alto riesgo de desarrollar un TCA, respectivamente.

En cuanto a la comorbilidad, los TCA no suelen aparecer de manera aislada, sino que frecuentemente se asocian con otras patologías, siendo los diagnósticos más comunes, depresión, trastornos de ansiedad, alteración de la personalidad y abuso de sustancias. Según estudios realizados por Modestin, Oberson y Erni (1997)<sup>144</sup>, los cuáles se centraron en los trastornos de personalidad y a partir de éstos, en las alteraciones de la conducta alimentaria, se observó una importante correlación con los trastornos de personalidad del grupo B.

En la anorexia la comorbilidad más frecuente es con alguno de los trastornos del grupo C, evitador, dependiente y obsesivo y, en menor medida, con el trastorno límite, especialmente en el caso de las anorexias con conductas purgativas. A su vez, en la bulimia lo más llamativo es la comorbilidad simultánea con varios trastornos de personalidad, de los que los más frecuentes son los del grupo B, límite e histriónico y en menor medida, del grupo C. A su vez, cuando hay una comorbilidad entre un trastorno de la conducta alimentaria y un trastorno de la personalidad, suelen aparecer además otros síntomas psicopatológicos como depresión, ansiedad (Echeburúa y Marañón, 2001).<sup>145</sup>

En lo referido a los patrones de consumo alimentario, los resultados indican que el 100% de la muestra almuerza en forma diaria, mientras que la cena es realizada todos los días por el 75% de los pacientes. A diario realizan el desayuno y la merienda el 60%. El 35% realiza la colación de media mañana y el 45% la de media tarde. En cuanto a la compañía y el lugar donde realizan las comidas principales, los pacientes señalan hacerlas en su mayoría con algún familiar, amigo o de manera solitaria; en el hogar.

Al establecer la frecuencia de consumo de los diferentes grupos de alimentos, se puede concluir que con respecto al grupo de leche, yogur y quesos. Si bien, la totalidad de la

---

<sup>144</sup> Se descubrió que los trastornos del estado de ánimo se correlacionaban significativamente con la patología del grupo C y los trastornos de la alimentación estaban significativamente relacionados con la patología del grupo B en las mujeres.

<sup>145</sup> Según los autores, desde el punto de vista de la evolución terapéutica, el peor pronóstico para una alteración de la conducta alimentaria es la comorbilidad con el trastorno límite de la personalidad, que es predictora de mayor severidad en problemas psicosociales y de conducta

muestra los consume, ninguno de los pacientes llega a cubrir la recomendación. La leche es consumida por el 80% de la muestra, el yogur por el 75% y los quesos por la totalidad de la muestra.

En relación al grupo de las carnes y huevo se observa que la totalidad de la muestra los consume, con un promedio diario de 165.75 gr. El 5% de los pacientes se adecúa a las recomendaciones, el 35% presenta una ingesta inadecuada por exceso y el 60% restante no alcanza las recomendaciones.

Respecto de los vegetales A y B, el 95% de la muestra refiere consumirlos, con un promedio diario de 213.75gr y el 10% de los pacientes cubre las recomendaciones. En cuanto a las frutas, el 95% las consume, con un promedio diario de 91.79 gramos, sin embargo, el porcentaje de adecuación es de 5%, es decir solo un paciente cubre recomendación.

La totalidad de la muestra consume feculentos cocidos y pan; con un promedio diario de 333.79 gramos. El 5% de los pacientes se adecúa a las recomendaciones. Del total de la muestra, el 30% presenta una ingesta inadecuada por exceso, mientras que el 65% restante representa una ingesta inadecuada por defecto.

Con respecto al aceite, el 95% de la muestra lo consume. El 5% de los pacientes, se adecúa a las recomendaciones que representan una ingesta de 30 gramos diarios. Un 20% presenta una ingesta inadecuada por exceso; no obstante, 15 pacientes del total de la muestra presentan una ingesta inadecuada por defecto.

Al considerar el grupo de azúcar y mermeladas, el 95% de la muestra manifiesta consumir alguno de estos productos. El promedio general es de 25.4 gramos al día. Las golosinas son consumidas por el 75% y una frecuencia semanal de 4.4 y los snacks por el 55% de la muestra, con una frecuencia semanal de 1.5.

Al evaluar la frecuencia de consumo manteca y copos de cereal, se observa que el 50% de los pacientes refiere incorporarlos en su alimentación, en bajas proporciones.

El 85% de la muestra consume gaseosas o aguas saborizadas con azúcar. El promedio general es de 150 gramos por día. Por último, el consumo de agua es en promedio de 750 cc, por el 95% de la muestra, el 35% se adecúa a las recomendaciones, el 10% presenta una ingesta mayor a la recomendada, mientras que el 55% restante no alcanza la cantidad adecuada.

Dado que las variables fueron presentadas de manera descriptiva, y la muestra estudiada fue comprendida sólo por 20 participantes, se considera necesario profundizar la relación entre riesgo de desarrollar TCA, patrones de consumo, estado nutricional y perfil

sociodemográfico en pacientes con TP. Esto sujeto a que pueden ser muchas las causas que alteren la relación entre las variables.

Surgen como interrogantes a futuro, el realizar investigaciones que involucren otros factores que inciden sobre las variables como la percepción de la imagen corporal, el uso de fármacos, presencia de adicciones y escala de ansiedad social; entre otros.

Los TCA constituyen un problema de Salud Pública por su prevalencia, creciente incidencia, gravedad, curso clínico prolongado, tendencia a la cronicidad, necesidad de tratamiento especializado y frecuente hospitalización.

Es importante el diagnóstico precoz, así como un enfoque altamente especializado de su tratamiento. En este contexto, la figura del Lic. en Nutrición se considera de suma importancia. El asesoramiento nutricional puede resultar beneficioso para reducir ciertas conductas relacionadas con los trastornos del comportamiento alimentario, minimizar la restricción alimentaria, aumentar la variedad de alimentos ingeridos y estimular pautas de ejercicio físico.

Es indispensable conocer que los TCA pueden presentarse como alteraciones conductuales propias de los TP y es preciso realizar investigaciones dirigidos a identificar factores de riesgo y protección asociados al desarrollo y mantenimiento de dichos trastornos en poblaciones más amplias; y avanzar en estrategias oportunas para su detección, intervención y tratamiento.

# BIBLIO GRA FÍA

▲ 2018  
UNIVERSIDAD  
FASTA

SOFÍA DE LA O

—

*Licenciatura en  
Nutrición*

- American Psychiatric Association., Kupfer, D. J., Regier, D. A., Arango López, C., Ayuso-Mateos, J. L., Vieta Pascual, E., & Bagney Lifante, A. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5a ed.)*
- Bardone, A. M. & Fitzsimmons, E. E. (2011). Coping and social support as potential moderators of the relation between anxiety and eating disorder symptomatology. *Eating Behaviors*, 12 (1) 21-28. doi:10.1016/j.eatbeh.2010.09.002
- Cardenal, V., Sánchez, M. P., Ortiz-Tallo, M. (2007). Los trastornos de personalidad según el modelo de Millon: una propuesta integradora. *Clínica y Salud*, 18(3). Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v18n3/v18n3a04.pdf>
- Cash, TF, & Fleming, EC (2002). El impacto de las experiencias de imagen corporal: desarrollo del inventario de calidad de vida de la imagen corporal. *Revista Internacional de Trastornos de la Alimentación*, 31 (4), 455-460.
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (2004). *Guía de Trastornos Alimenticios*. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/guiatrastornos.pdf>
- Chiclana Acrisa, C., y García Martín, I. (2011). Trastornos de la personalidad. *Medicine*, 10(85), 5750-8. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/profile/Carlos\\_Chiclana/publication/251563924\\_Trastornos\\_de\\_la\\_personalidad/links/59e460c4a6fdcc7154e10595/Trastornos-de-la-personalidad.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Carlos_Chiclana/publication/251563924_Trastornos_de_la_personalidad/links/59e460c4a6fdcc7154e10595/Trastornos-de-la-personalidad.pdf)
- Dancyger, I., Fornaria, V., Sciontic, L., Sundaya, S., & Wisotskya, W. (2009). Do daughters with eating disorders agree with their parents' perception of family functioning? *Comprehensive Psychiatry*, 10 (1), 22-28. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S003329170003751X>
- Durnin JVGA and Womersley J. Body fat assessed from total body density and its



estimation from skinfold thickness: measurements on 481 men and women aged from 16 to 72 years. *Br J Nutr* (1974); 32:77-97.

Echeburúa, E., y Marañón, I. (2001). Comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de personalidad. *Psicología Conductual*, 9, 513-525. Recuperado de: [https://www.cat-barcelona.com/pdf/biblioteca/trastornos-de-personalidad/6\\_-\\_comorbilidad\\_de\\_las\\_alteraciones\\_de\\_la\\_conducta\\_alimentaria\\_con\\_los\\_trastornos\\_de\\_personalidad.pdf](https://www.cat-barcelona.com/pdf/biblioteca/trastornos-de-personalidad/6_-_comorbilidad_de_las_alteraciones_de_la_conducta_alimentaria_con_los_trastornos_de_personalidad.pdf)

Echeburúa, E., Salaberría, K., & Cruz-Sáez, M. (2014). Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia psicológica*, 32(1), 65-74. Recuperado de: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-48082014000100007&script=sci\\_arttext](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-48082014000100007&script=sci_arttext)

Esbec, E., & Echeburúa, E. (2014). La evaluación de los trastornos de la personalidad según el DSM-5: recursos y limitaciones. *Terapia psicológica*, 32(3), 255-264. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v32n3/art08.pdf>

Esbec, E. Echeburúa, E. (2015). El modelo híbrido de clasificación de los trastornos de la personalidad en el DSM-5: un análisis crítico. *Actas Esp Psiquiatr*, 43(5), 177-86. Recuperado de: <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/17/97/ESP/17-97-ESP-177-86-790955.pdf>

Esteban M. Antropología del cuerpo. *Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: Ediciones Bellaterra, 2004.

Fassino, S. Daga, G. Pierò, A. y Delsedime, N. Psychological factors affecting eating disorders. *Adv Psychosom Med*, 28, 141-68.

Fernández, M. A. P., Labrador, F. J., & Raich, R. M. (2007). Prevalence of eating disorders among adolescent and young adult scholastic population in the region of Madrid (Spain). *Journal of psychosomatic research*, 62(6), 681-690.

- Fernandez-Aranda, F., & Turon, V. (1998). *Trastornos alimentarios. Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia*.
- Fialkowski, MK, McCrory, MA, Roberts, SM, Tracy, JK, Grattan, LM y Boushey, CJ (2010). Las ingestas estimadas de nutrientes de los alimentos generalmente no alcanzan las ingestas dietéticas de referencia entre los miembros adultos de las naciones tribales del noroeste del Pacífico – 3. *El Diario de la nutrición*, 140 (5), 992-998. Recuperado de: <https://academic.oup.com/jn/article/140/5/992/4743316>
- Figuroa, G. (2015). Facultad de Medicina, Carrera de Nutrición, Cátedra de Evaluación Nutricional.
- Gallagher, D., Heymsfield, SB, Heo, M., Jebb, SA, Murgatroyd, PR, y Sakamoto, Y. (2000). Porcentaje saludable de rangos de grasa corporal: un enfoque para desarrollar pautas basadas en el índice de masa corporal—. *La revista estadounidense de nutrición clínica*, 72 (3), 694-701. DOI: 10.1093 / ajcn / 72.3.694
- Garfinkel, PE, Lin, E., Goering, P., Spegg, C., Goldbloom, DS, Kennedy, S., y Woodside, DB (1995). Bulimia nerviosa en una muestra de una comunidad canadiense: prevalencia y comparación de subgrupos. *American Journal of Psychiatry* , 152 (7), 1052-1058.
- Gargallo Masjuán, M; Fernández Aranda, F; y Raich, M. (2002). Bulimia nerviosa y trastornos de personalidad. Una revisión teórica de la literatura. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(2), 335-349. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/337/33730208/>
- Gómez-Candela, C., Palma-Milla, S., Miján-de-la-Torre, A., Rodríguez-Ortega, P., Matía-Martín, P., Loria-Kohen, V., ... & Castro-Alija, M. J. (2018). Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros. Resumen ejecutivo. *Nutrición Hospitalaria*, 35(2), 489-494. DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.1819>
- González Macías, L., Unikel, C., Cruz, C., y Caballero, A. (2013). Personalidad y trastornos

de la conducta alimentaria. *Salud Mental*, 26(3). Recuperado de [http://revistasaludmental.mx/index.php/salud\\_mental/article/viewFile/899/897](http://revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/viewFile/899/897)

Grylli, V., Wagnera, G., Hafferl-Gattermayera, A., Schoberb, E., & Karwautz, A. (2005). Disturbed eating attitudes, coping styles, and subjective quality of life in adolescents with Type 1 diabetes. *Journal of Psychosomatic Research*, 59, 65– 72. doi: 10.1016/j.jpsychores.2005.02.010

Guarín, M. R., & Rueda, J. G. (1999). La corporalidad en los trastornos de la alimentación. *Rev Colomb Psiquiatr*, 28, 293-citation\_lastpage.

Hales, R. E., Yudofsky, S.C., Talbott, J.A. (1989). Tratado de Psiquiatría. Recuperado de: [file:///C:/Users/acer/Documents/TESIS/Articulos/Articulos%20Cientificos/Tratado\\_de\\_psiquiatria\\_-\\_robert\\_e.\\_hales.pdf](file:///C:/Users/acer/Documents/TESIS/Articulos/Articulos%20Cientificos/Tratado_de_psiquiatria_-_robert_e._hales.pdf)

Hamer, D. H., & Copeland, P. (1998). El misterio de los genes. Javier Vergara.

Hernández-Cortés, L. M; y Londoño Pérez, C. (2013). Imagen corporal, IMC, afrontamiento, depresión y riesgo de TCA en jóvenes universitarios. *Anales de psicología*, 29 (3): 748-761. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/pdf/ap/v29n3/psicologia\\_clinica4.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/ap/v29n3/psicologia_clinica4.pdf)

Hoz, S. (2018). Alimentación Saludable en la escuela.

Lambe, E. K., Katzman, D. K., Mikulis, D. J., Kennedy, S. H., & Zipursky, R. B. (1997). Cerebral gray matter volume deficits after weight recovery from anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 54(6), 537-542. Recuperado de: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/497833>

León, M. T., & Castillo, M. D. (2005). *Trastornos de comportamiento alimentario: Anorexia y bulimia nerviosa*. Madrid, España: Formación Alcalá. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19445758>

Marañón, I., & Echeburúa, E., & Grijalvo, J. (2007). Are there more personality disorders in

- treatment-seeking patients with eating disorders than in other kind of psychiatric patients? A two control groups comparative study using the IPDE. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (2), 283-293.
- March, J., Suess, A., Prieto, M., Escudero, M., Nebot, M., Cabeza, E. y Pallicer, A. (2006). Trastornos de la Conducta Alimentaria: Opiniones y expectativas sobre estrategias de prevención y tratamiento desde la perspectiva de diferentes actores sociales. *Nutr Hosp*, 21(1):4-12. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v21n1/original1.pdf>
- Martinez Uso, Civera Andrés M. (2002). Protocolo diagnóstico de la malnutrición. *Medicine*; 8: 4717-9. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v25s3/09\\_articulo\\_09.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v25s3/09_articulo_09.pdf)
- Mayer, L. E., Roberto, C. A., Glasofer, D. R., Etu, S. F., Gallagher, D., Wang, J., ... & Walsh, B. T. (2007). Does percent body fat predict outcome in anorexia nervosa?. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 970-972. Recuperado de: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.2007.164.6.970>
- Méndez, J. P; Vázquez-Velázquez, V y García-García, E. (2008). Los Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Bol Med Hosp Infant Mex*, 65. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v65n6/v65n6a14.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Consumo, Departamento de Salud, Catalunya. (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Recuperado de [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_440\\_Tt\\_Conduc\\_Alim\\_compl\\_\(4\\_jun\).pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_440_Tt_Conduc_Alim_compl_(4_jun).pdf)
- Modestin, J., Oberson, B., & Erni, T. (1997). Possible correlates of DSM-III-R personality disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96(6), 424-430. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1997.tb09943.x>
- National Institute for Clinical Excellence, & Britain, G. (2004). Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. *National Institute for Clinical Excellence*. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23346610>

- Peláez Fernández, M; Labrador Encinas, J y Raich Escursell. (2005). Prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria: consideraciones metodológicas. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5(2), 135-148. Recuperado de file:///C:/Users/acer/Downloads/Dialnet-PrevalenciaDeLosTrastornosDeLaConductaAlimentaria-1311490.pdf
- Peris, L. y Balaguer, A. (2010). Patología Dual, Protocolos de intervención. Trastornos de Personalidad. Recuperado de: [http://www.patologiadual.es/docs/protocolos\\_patologiadual\\_modulo2.pdf](http://www.patologiadual.es/docs/protocolos_patologiadual_modulo2.pdf)
- Piñeros Ortiz, S., Molano Caro, J., & López de Mesa, C. (2010). Factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en jóvenes escolarizados en Cundinamarca (Colombia). *Revista colombiana de psiquiatría*, 39(2). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/806/80615447007/>
- Portela de Santana, M. L., da Costa Ribeiro Junior, H., Mora Giral, M., & Raich, R. M. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: una revisión. *Nutrición hospitalaria*, 27(2), 391-401. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v27n2/08\\_revision\\_07.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v27n2/08_revision_07.pdf)
- Raymond, NC, Mussell, MP, Mitchell, JE, Crosby, RD, y de Zwaanp, M. (1995). Una comparación por edades de sujetos con trastorno por atracones y bulimia nerviosa. *Revista Internacional de Trastornos de la Alimentación*, 18 (2), 135-143. Recuperado de: [https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/1098-108X\(199509\)18:2%3C135::AID-EAT2260180205%3E3.0.CO;2-M](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/1098-108X(199509)18:2%3C135::AID-EAT2260180205%3E3.0.CO;2-M)
- Rigaud, D., Tallonneau, I., y Verges, B. (2009). Hipercolesterolemia en la anorexia nerviosa: frecuencia y cambios durante la realimentación. *Diabetes y metabolismo*, 35(1), 57-63. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1262363608002280>
- Roca Bennasar, M. Bernardo Arroyo, M. Arnillas Gómez, H. (2000). *Tratado de Psiquiatría*. Recuperado de: [https://psiquiatria.com/tratado/cap\\_31.pdf](https://psiquiatria.com/tratado/cap_31.pdf)

- Rodriguez Guarín, M; y Gempeler Rueda, J. (1999). La corporalidad en los trastornos de la alimentación. *Rev Colomb Psiquiatr*, 18(4). Recuperado de [https://www.researchgate.net/profile/Maritza\\_Guarin/publication/262521469\\_BODY\\_IMAGE\\_IN\\_EATING\\_DISORDERS/links/55d33e5608ae0b8f3ef927cf.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Maritza_Guarin/publication/262521469_BODY_IMAGE_IN_EATING_DISORDERS/links/55d33e5608ae0b8f3ef927cf.pdf)
- Rosa Behar, A. (2010). La construcción cultural del cuerpo: El paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*, 48(4): 319-334. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v48n4/art07.pdf>
- Rivera-Gallardo, Ma Teresa, Parra-Cabrera, Ma del Socorro, & Barriguet-Meléndez, Jorge Armando. (2005). Trastornos de la conducta alimentaria como factor de riesgo para osteoporosis. *Salud Pública de México*, 47(4), 308-318. Recuperado en 01 de noviembre de 2018, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342005000400009&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342005000400009&lng=es&tlng=es).
- Seijas, B. Sepúlveda, T. (2005). Trastornos de la conducta alimentaria (TCA). *Rev. Med. Clin. Condes*; 16(4): 230-5. Recuperado de [http://www.clinicalascondes.com/area-academica/pdf/MED\\_16\\_4/TrastornosDeLaConductaAlimentaria.pdf](http://www.clinicalascondes.com/area-academica/pdf/MED_16_4/TrastornosDeLaConductaAlimentaria.pdf)
- Sanchez García, J. (1990). Trastornos de personalidad. En Rotondo, H. (1990). *Manual de Psiquiatría*. Recuperado de: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/psicologia/manual\\_psiquiatr%C3%ADa/cap-20.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/psicologia/manual_psiquiatr%C3%ADa/cap-20.htm)
- Sarraceno, B. (2004). Mental health: scarce resources need new paradigms. *World Psychiatry*, 3(1), 1-5. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1414651/>
- Seijas, D., & Sepúlveda, X. (2005). Trastornos de la conducta alimentaria (TCA). *Revista Médica Clínica Las Condes*, 16(4), 230-235. Recuperado de: [http://www.clinicalascondes.com/areaacademica/pdf/MED\\_16\\_4/TrastornosDeLaConductaAlimentaria.pdf](http://www.clinicalascondes.com/areaacademica/pdf/MED_16_4/TrastornosDeLaConductaAlimentaria.pdf)

- Silleras, M., Redondo del Río, P., Camina Martín, A., Soto Célix, M., Alonso Torre, S. R., & Miján de la Torre, A. (2013). Efecto de la realimentación en la composición corporal de mujeres con anorexia nerviosa restrictiva: antropometría frente a impedancia bioeléctrica. *Nutrición Hospitalaria*, 28(5), 1717-1724.
- Unikel-Santoncini, Claudia, Bojórquez-Chapela, Ietza, & Carreño-García, Silvia. (2004). Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud Pública de México*, 46(6), 509-515. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342004000600005&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342004000600005&lng=es&tlng=es).
- Valencia Collazos, M. (2007). Trastornos mentales y problemas de salud mental. Día Mundial de la Salud Mental. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2007/sam072k.pdf>
- Vargas Balardes, M. J. (2013). Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXX (607)* 475- 482. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc133q.pdf>
- Viglione, L., Gili, R., Otero, J., Sandoval, I., & Olmedo, E. (2014). Riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de la Licenciatura en nutrición en cinco universidades de Argentina. *Actualización en Nutrición*, 16(3), 90-96.
- Weinstein, M. Trastornos Alimentarios y de la ingestión de los alimentos. Recuperado de: [http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/electivas/616\\_psicofarmacologia/material/trastornos\\_conducta\\_alimentaria.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/616_psicofarmacologia/material/trastornos_conducta_alimentaria.pdf)
- Yager, J., Devlin, M. J., Halmi, K. A., Herzog, D. B., Mitchell III, J. E., Powers, P., & Zerbe, K. J. (2014). Guideline watch (August 2012): Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. *Focus*, 12(4), 416-431.

# RIESGO DE PADECER TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE PERSONALIDAD

SOFÍA DE LA O  
sofi.delao@yahoo.com.ar

2018  
UNIVERSIDAD FASTA

(Tutora) Lic. Lisandra Viglione  
(Cotutor) Lic. Facundo Arrojo

Dra. Mg. Vivian Minaard  
Asesoramiento Metodológico

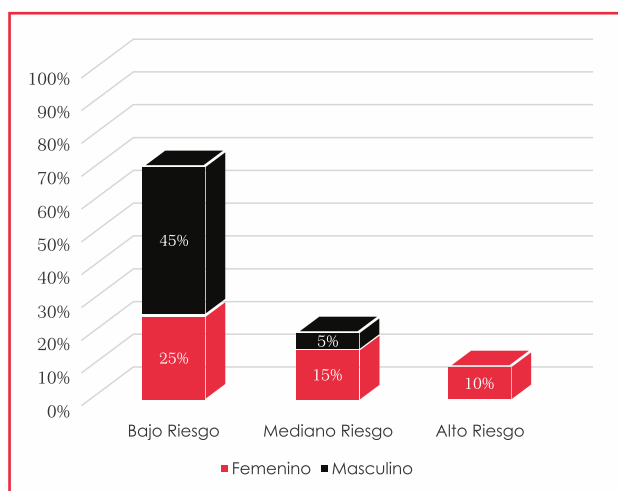
Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) constituyen un problema de Salud Pública por su prevalencia, creciente incidencia, gravedad, curso clínico prolongado, tendencia a la cronicidad, necesidad de tratamiento especializado y frecuente hospitalización. Recientes investigaciones revelan que los TCA son influenciados en gran medida por ciertos rasgos de personalidad, los cuales se consideran determinantes para el origen, el desarrollo y el pronóstico del padecimiento.

## OBJETIVOS

Evaluar el riesgo de padecer trastornos alimentarios; patrones de consumo, estado nutricional y perfil sociodemográfico; en pacientes con diagnóstico de trastorno de la personalidad que asisten a consultorios externos de una Clínica Psiquiátrica, de la ciudad de Necochea, durante el período de octubre de 2018.

## RESULTADOS

Riesgo de desarrollar un TCA en pacientes con TP por sexo



Del 30% de los pacientes que presenta riesgo de TCA, 5 (25%) son de sexo femenino y 1 (5%) de sexo masculino.

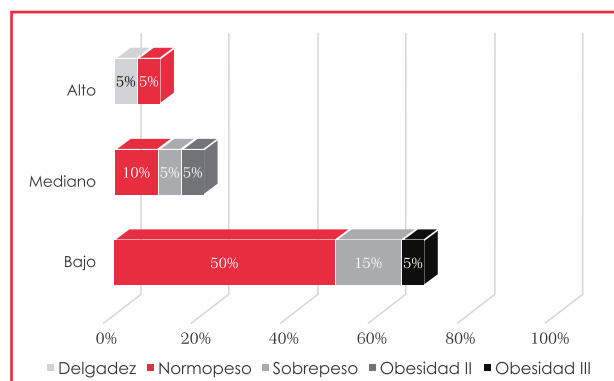
## CONCLUSIÓN

Se destaca el hallazgo de una prevalencia de riesgo de desarrollar un TCA en un 30% de pacientes con diagnóstico de TP. Se debe destacar la importancia del Lic. en Nutrición en la valoración de las necesidades nutricionales y en el asesoramiento nutricional integral del paciente. Es indispensable conocer que los TCA pueden presentarse como alteraciones conductuales propias de los TP y es preciso realizar investigaciones dirigidas a identificar factores de riesgo y protección asociados al desarrollo y mantenimiento de los TCA en poblaciones más amplias y avanzar en estrategias oportunas para su detección, intervención y tratamiento.

## MATERIALES & MÉTODOS

Estudio descriptivo de corte trasversal. La muestra, de carácter no probabilística por conveniencia, se conformó de 20 pacientes con Trastorno de Personalidad (TP). Para la recolección de datos, se utilizó una ficha, con datos obtenidos de la revisión de la historia clínica; datos antropométricos mediante la medición del peso, talla, circunferencia de cintura y pliegues cutáneos; y se realizó un test de actitudes alimentarias; entrevista con preguntas sobre patrones alimentarios y frecuencia de consumo.

Riesgo de desarrollar un TCA y Estado Nutricional, en pacientes con TP

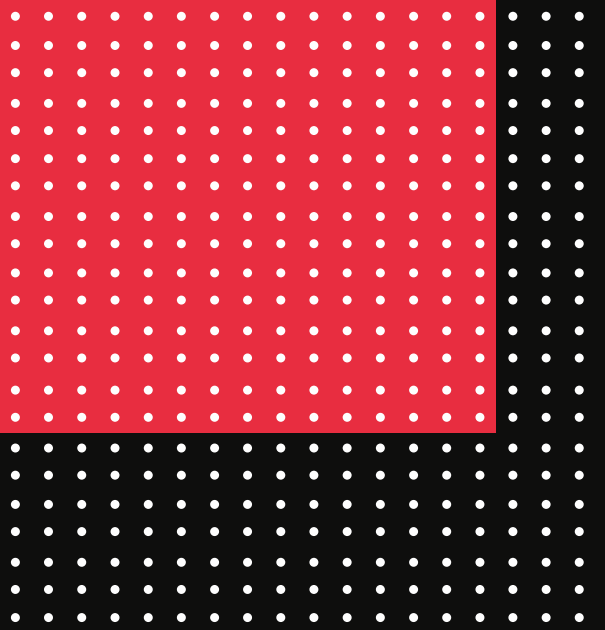


Del 30% de la muestra que presenta riesgo de TCA, 3 (15%) presentan normopeso, mientras que el resto presenta delgadez, sobrepeso y obesidad; coincidiendo en un 5%.



▲ 2018

UNIVERSIDAD FASTA



**SOFÍA DE LA O**

—

*Tesis de licenciatura*  
2018